

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica



TESIS DOCTORAL

Victimización, psicopatología y resiliencia en adolescentes

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Marcela Rua Vara

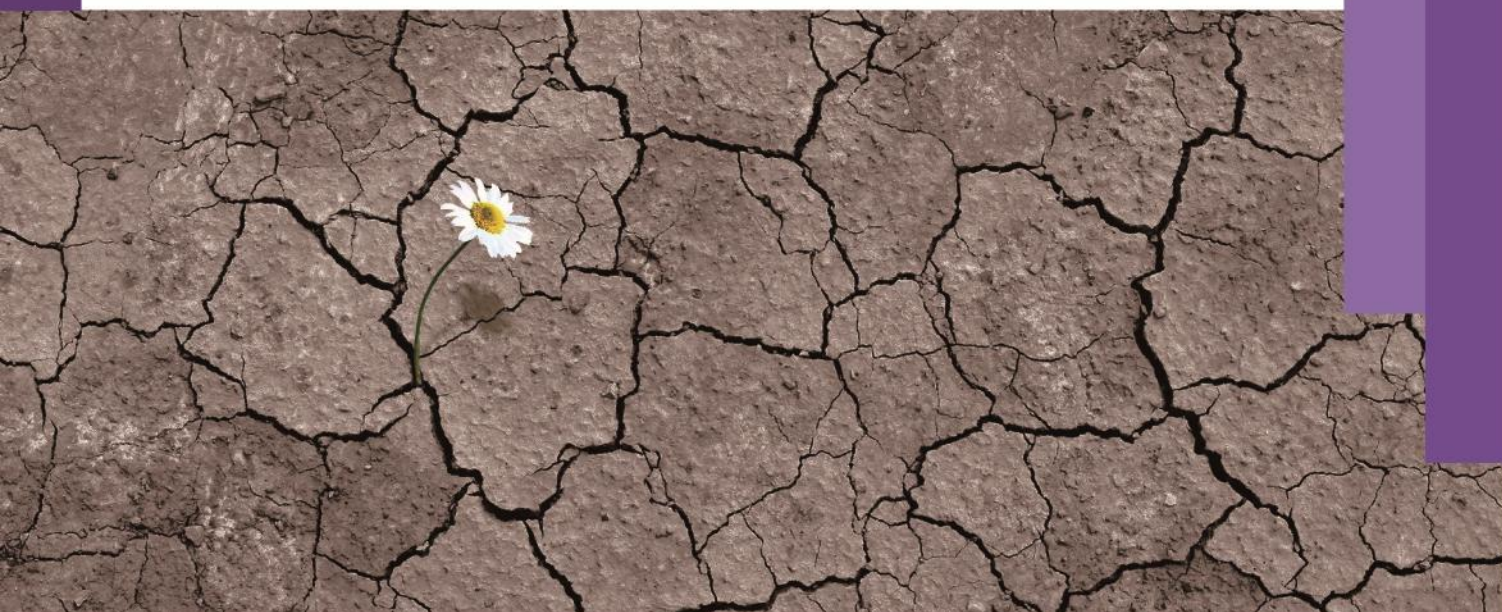
Directores

José Manuel Andreu Rodríguez
Cristina Soeiro

Madrid, 2018

VICTIMIZACIÓN, PSICOPATOLOGIA Y RESILIENCIA EN ADOLESCENTES

TESIS DOCTORAL 2017



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

Marcela Rua Vara

Diretor de Tesis
Profesor Doctor José Manuel Andreu Rodríguez

Co-directora
Profesora Doctora Cristina Soeiro

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica



TESIS DOCTORAL

**VICTIMIZACIÓN, PSICOPATOLOGÍA Y
RESILIENCIA EN ADOLESCENTES**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR
Marcela Rua Vara**

Director

Profesor Doctor José Manuel Andreu Rodríguez

UCM

Co-directora

Profesora Doctora Cristina Soeiro

ISCSEM

Madrid, 2017

En memória de mí querido abuelo António.

Gracias por todo tu amor!

*... que os homens são anjos nascidos sem asas, é o que há de
mais bonito, nascer sem asas e fazê-las crescer...*

(Memorial do Convento, José Saramago, 1982, p. 92)

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo resulta de la colaboración y voluntad de diversas personas a quien no puedo dejar de agradecer de manera sentida y sincera.

En primer lugar, un agradecimiento especial al Profesor Doctor José Manuel Andreu Rodríguez, mi director de tesis, por sus rigurosas orientaciones científicas, por su constante disponibilidad y por siempre estar presente, a pesar de la distancia. A la Profesora Doctora Cristina Soeiro, co-directora de tesis, por haber aceptado participar en este proyecto, por sus orientaciones críticas, por sus palabras de ánimo y por enseñarme el camino, cuando todo parecía tan lejos.

A la Profesora Doctora Ana Sani, por haberme dado la oportunidad de descubrir el mundo de las víctimas y transmitirme el gusto por la investigación.

Agradezco a los compañeros de la 2ª Brigada de la 8ª Sección de la Directoria de Lisboa e Vale do Tejo de la Policía Judicial (UNC3T) por su amistad, en particular al Inspector Jefe Jorge Duque, por todo su apoyo y por creer en mí trabajo y a los Inspectores João Santos y Ricardo Vieira, por su disponibilidad y ayuda preciosa.

A mis padres Isaura y Francisco, gracias por vuestro amor y apoyo incondicional, por estar siempre presentes en todos los momentos de mi vida, en particular a mi madre, quien me ha transmitido la importancia y el valor del conocimiento. A mi hermana Joana, gracias por todo el tiempo que has dedicado a este trabajo como si fuera tuyo, pero en especial por todo tu amor, por conocer como nadie mis silencios y sonrisas y por siempre caminar a mi lado. A mi abuela Alice, mi luz, mi alegría, mi puerto seguro. Gracias por tanto!

A João, por su contribución esencial para la concretización de este proyecto que también es suyo. Gracias por tu amor y por no desistir de quedarte a mi lado, a pesar de la ausencia.

A Orlando, por su amistad, por siempre estar ahí disponible para ayudarme y por vivir cada momento de mi vida, con la alegría y cariño como si fuera suyo.

A Diana, Lucília y Vânia, mis amigas de siempre, gracias por vuestra ayuda, pero sobre todo por vuestra amistad.

Quisiera también agradecer a todos los Directores de los centros e instituciones participantes, que comprendieron la importancia del tema y aceptaron participar en este trabajo, para mejor conocer los jóvenes que tienen bajo su cuidado y atención. Por fin, a todos los jóvenes que aceptaron compartir sus experiencias más íntimas conmigo.

00

ÍNDICE

RESUMEN	xxi
ABSTRACT	xxix
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I - VICTIMIZACIÓN EN ADOLESCENCIA	7
1. Victimización interpersonal	9
1.1. Tipologías de victimización	11
1.2. Contextos de victimización	11
1.3. Formas de victimización.....	13
1.3.1. Maltrato.....	13
1.3.1.1. Maltrato físico	17
1.3.1.2. Negligencia.....	18
1.3.1.3. Maltrato psicológico.....	21
1.3.2. Victimización sexual.....	27
1.3.2.1. Abuso sexual	27
1.3.2.2. Otras formas de victimización sexual	34
1.3.3. Victimización entre iguales y hermanos.....	35
1.3.3.1. <i>Bullying</i> o violencia entre iguales	36
1.3.3.2. Victimización entre hermanos.....	39
1.3.4. Violencia en las relaciones de noviazgo.....	42
1.3.5. Testimonio o exposición a violencia.....	45
1.3.5.1. Violencia interparental	46
1.3.6. Otras formas de victimización	49
1.3.6.1. Crímenes contra la vida.....	51
1.3.6.2. Crímenes de lesiones a la integridad física	54
1.3.6.3. Crímenes contra la libertad personal	58
1.3.6.4. Crímenes contra la propiedad.....	58
1.3.6.5. Crímenes contra la vida en sociedad	60
1.3.7. Victimizaciones a través de <i>Internet</i>	61
1.3.7.1. <i>Cyberbullying</i>	61

1.3.7.2.	Otras formas de victimización a través de <i>Internet</i>	67
1.4.	Prevalencia global de la victimización a nivel internacional y nacional.....	69
CAPÍTULO II –VICTIMIZACIÓN Y PSICOPATOLOGIA.....		4
2.	Aspectos de la sintomatología psicopatológica.....	81
2.1.	Estudios empíricos - victimización y sintomatología psicopatológica.....	94
2.1.1.	Impacto según las variables género y edad	105
CAPÍTULO III - VICTIMIZACIÓN Y RESILIENCIA		80
3.	Origen del concepto de resiliencia	119
3.1.	Definición del concepto de resiliencia.....	123
3.2.	Conceptos asociados	125
3.3.	Modelos explicativos de la resiliencia	132
3.3.1.	Modelo Triádico	132
3.3.2.	Modelo Ecológico de Brofenbrenner	132
3.3.3.	Modelo Constructivista.....	133
3.4.	Estudios empíricos de victimización y resiliencia	135
CAPÍTULO IV - ESTUDIO EMPÍRICO.....		117
4.	Justificación del estudio	145
4.1.	Objetivos.....	146
4.1.1.	Objetivos específicos	146
4.2.	Hipótesis	147
4.3.	Método	148
4.3.1.	Participantes	148
4.4.	Instrumentos	152
4.4.1.	Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005)	153
4.4.2.	Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28)	155
4.4.3.	Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (EADS – 21C).....	159
4.5.	Diseño	162
4.6.	Procedimiento	164
4.7.	Análisis de datos	167
CAPÍTULO V - RESULTADOS		142
5.	Resultados	173

5.1. Estudio Psicométrico del Cuestionario de Victimización Juvenil (JVQ) formato último año y a lo largo de la vida	173
5.1.1. Consistencia interna	173
5.1.2. Validez de criterio	174
5.1.3. Validez discriminante.....	180
5.1.4. Consistencia interna	195
5.1.5. Validez de criterio	195
5.1.6. Validez discriminante.....	201
5.2. Estudio Psicométrico de la Child and Youth Resilience Measure - 28 (CYRM-28)	215
5.2.1. Análisis Factorial Exploratorio (AFE).....	220
5.2.2. Análisis Factorial Exploratorio (AFE).....	225
5.2.3. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).....	231
5.2.4. Consistencia interna	233
5.3. Evidencias de validez de la CYRM-15.....	239
5.3.1. Validez de criterio	239
5.3.2. Validez discriminante de la CYRM-15 grupo normativo	241
5.4. Prevalencia de la victimización	251
CAPITULO VI - DISCUSIÓN.....	279
6. Discusión.....	281
CAPÍTULO VII - CONCLUSIONES	301
7. Conclusiones	303
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	307
ANEXOS.....	347

INDICE DE TABLAS, CUADROS, FIGURAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de los participantes	150
Tabla 2. Categorías correspondientes a cada sub-escala (Lovibond y Lovibond, 1995)	161
Tabla 3. Consistencia interna del JVQ formato último año	174
Tabla 4. Intercorrelaciones entre áreas del JVQ total y sub-escalas formato último año	175
Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre JVQ formato último año y EADS.....	175
Tabla 6. Modelo de regresión lineal para el EADS total.....	176
Tabla 7. Parámetros del modelo de regresión lineal del EADS total	177
Tabla 8. Modelo de regresión lineal para la sub-escala ansiedad.....	177
Tabla 9. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala ansiedad	178
Tabla 10. Modelo de regresión lineal para la sub-escala depresión	178
Tabla 11. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala depresión	179
Tabla 12. Modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés.....	179
Tabla 13. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala estrés.....	180
Tabla 14. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y módulos según el género	181
Tabla 15. Prueba de muestras independientes para la variable género	183
Tabla 16. Estadísticos descriptivos para el JVQ último año para la edad	184
Tabla 17. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	186
Tabla 18. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato último año según la variable género	187
Tabla 19. Prueba de muestras independientes para la variable género	189
Tabla 20. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato último año según la variable edad.....	190
Tabla 21. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	191
Tabla 22. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año según la variable grupo de pertenencia	192
Tabla 23. Prueba de muestras independientes para la variable grupo de pertenencia..	194
Tabla 24. Valores de α para el JVQ total y sub-escalas formato a lo largo de la vida	195

Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre el JVQ total y sub-escalas formato a lo largo de la vida.....	196
Tabla 26. Correlaciones de Pearson entre el JVQ formato a lo largo de la vida y la EADS-21	197
Tabla 27. Modelo de regresión lineal de la EADS total.....	197
Tabla 28. Parámetros del modelo de regresión lineal para el EADS total	198
Tabla 29. Modelo de regresión lineal para la sub-escala ansiedad.....	198
Tabla 30. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala ansiedad	199
Tabla 31. Modelo de regresión lineal para la sub-escala depresión	199
Tabla 32. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala depresión	200
Tabla 33. Modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés.....	200
Tabla 34. Parámetros del modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés	201
Tabla 35. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable género	202
Tabla 36. Prueba de muestras independientes para la variable género	204
Tabla 37. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable edad.....	205
Tabla 38. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	207
Tabla 39. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato a lo largo de la vida según la variable género	208
Tabla 40. Prueba de muestras independientes para la variable género	209
Tabla 41. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato a lo largo de la vida según la variable edad.....	210
Tabla 42. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	211
Tabla 43. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable grupo de pertenencia.....	212
Tabla 44. Prueba de muestras independientes para la variable grupo de pertenencia..	214
Tabla 45. Coeficiente de regresión, errores típicos y nivel de significación para cada ítem	216
Tabla 46. Coeficientes estandarizados para cada ítem de la CYRM-28	217
Tabla 47. Criterios y valores de evaluación de la bondad de ajuste del modelo	219
Tabla 48. Índices de bondad de ajuste para el modelo de tres factores de la CYRM-28	219

Tabla 49. Matriz de componentes retenidos a partir del análisis de componentes principales seguido de rotación Oblimin	221
Tabla 50. Matriz de componentes retenidos a partir del análisis de componentes principales seguido de rotación oblimin.....	223
Tabla 51. Matriz de estructuras para tres factores	224
Tabla 52. Factores de la escala CYRM-15, saturaciones factoriales y comunalidades (h ²) para cada ítem.	226
Tabla 53. Factor 1 - individual, saturaciones factoriales y comunalidades (h ²) para cada ítem	228
Tabla 54. Factor 2 - cuidador, saturaciones factoriales y comunalidades (h ²) para cada ítem	229
Tabla 55. Factor 3 - cultural, saturaciones factoriales y comunalidades (h ²) para cada ítem	230
Tabla 56. Coeficiente de regresión, errores típicos y nivel de significación de cada ítem	232
Tabla 57. Comparación de los índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de la CYRM-15	233
Tabla 58. Valores de <i>alpha</i> de cronbach para el total de la CYRM-15 y sub-escalas .	234
Tabla 59. Estadísticos descriptivos para los ítems de la CYRM-15.....	234
Tabla 60. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la CYRM-15	235
Tabla 61. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala individual	236
Tabla 62. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la sub-escala individual	236
Tabla 63. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala cuidador	237
Tabla 64. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la sub-escala cuidador	237
Tabla 65. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala contextual	238
Tabla 66. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la sub-escala contextual	239
Tabla 67. Correlaciones entre la CYRM-15 y sus sub-escalas.....	240
Tabla 68. Correlaciones entre la CYRM-15 y sus sub-escalas y la EADS y sus sub-escalas	240
Tabla 69. Estadísticos descriptivos por grupos en función del género.....	241
Tabla 70. Prueba de muestras independientes para la variable género	242
Tabla 71. Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad	243

Tabla 72. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	244
Tabla 73. Estadísticos descriptivos por grupos en función del género.....	245
Tabla 74. Prueba de muestras independientes para la variable género	246
Tabla 75. Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad	247
Tabla 76. Prueba de muestras independientes para la variable edad.....	248
Tabla 77. Estadísticos descriptivos para los grupos normativo y forense	249
Tabla 78. Prueba de muestras independientes para los grupos normativo y forense ...	250
Tabla 79. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año.....	251
Tabla 80. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato último año.....	252
Tabla 81. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional último año	253
Tabla 82. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo malos tratos formato último año	254
Tabla 83. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por parte de iguales formato último año	254
Tabla 84. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización sexual último año	255
Tabla 85. Estadísticos descriptivos para el módulo testimonio o exposición a violencia	256
Tabla 86. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización <i>online</i>	256
Tabla 87. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año	257
Tabla 88. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato último año.....	258
Tabla 89. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional formato último año	259
Tabla 90. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por parte del cuidador formato último año	260
Tabla 91. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización por iguales o hermanos formato último año	260
Tabla 92. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización sexual formato último año	261
Tabla 93. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo testimonio o exposición a la violencia formato último año.....	262

Tabla 94. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización <i>online</i> formato último año	262
Tabla 95. Estadísticos descriptivos para JVQ total y respectivos módulos formato a lo largo de la vida	263
Tabla 96. Estadísticos descriptivos JVQ total formato a lo largo de la vida.....	264
Tabla 97. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional formato a lo largo de la vida	266
Tabla 98. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo malos tratos formato a lo largo de la vida.....	267
Tabla 99. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por iguales formato a lo largo de la vida.....	268
Tabla 100. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización sexual formato a lo largo de la vida	269
Tabla 101. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo testimonio o exposición a violencia formato a lo largo de la vida	270
Tabla 102. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización <i>online</i> formato a lo largo de la vida	271
Tabla 103. Estadísticos descriptivos para el total del JVQ y respectivos módulos formato a lo largo de la vida.....	272
Tabla 104. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato a lo largo de la vida ..	273
Tabla 105. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional formato a lo largo de la vida.....	274
Tabla 106. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización cuidador formato a lo largo de la vida.....	275
Tabla 107. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización pares y hermanos a lo largo de la vida	276
Tabla 108. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización sexual formato a lo largo de la vida.....	276
Tabla 109. Estadísticos descriptivos para el JVQ testimonio o exposición a violencia formato a lo largo de la vida.....	277
Tabla 110. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización <i>online</i> formato a lo largo de la vida.....	278

CUADROS

Cuadros 1. Tipologías de maltrato (adaptado de Glaser, 2008)	16
Cuadros 2. Categorías y tipos de comportamientos del cuidador (adaptado de APSAC, 1995).....	23
Cuadros 3. Tipos de victimización sexual (adaptado de Diaz Huertas, 2001, p. 143)	30
Cuadro 4. Tipos de bullying y comportamientos asociados (adaptado de Smith y Ananiadou, 2003; Rigby, 2007).	38
Cuadro 5. Factores de riesgo	129
Cuadro 6. Factores de protección	130

FIGURAS

Figura 1. Negligencia y sus subtipos según Modified Maltreatment Classification System (MMCS), adaptado de English y Longscan investigators (1997).....	21
Figura 2. Formas de victimización interpersonal en la infancia y adolescencia (adaptado de Pereda, 2012)	69

GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de participantes de la muestra normativa	149
Gráfico 2. Porcentaje de participantes de la muestra forense.....	149

RESUMEN

El presente trabajo nace de la necesidad de caracterizar el fenómeno de la victimización en la adolescencia a nivel del impacto y prevalencia. La revisión de la literatura efectuada sobre esta temática, ha permitido identificar diversas limitaciones que dificultan un conocimiento más profundo del tema. A pesar de las numerosas publicaciones sobre formas específicas de victimización, tanto a nivel nacional como internacional, se ha constatado una evidente escasez de estudios concernientes a la globalidad de las victimizaciones. Más allá de la falta de estudios, se ha verificado también la inexistencia de instrumentos validados y adaptados para evaluar esta problemática en la población portuguesa. Por todo esto, se pretende estudiar la sintomatología psicopatológica y resiliencia manifestadas por las víctimas y además identificar las tasas de prevalencia de victimización en dos muestras de adolescentes portugueses.

Para Finkelhor (2008; 2011) la victimización interpersonal se refiere al daño causado a un individuo como consecuencia de una conducta contraria a las normas sociales establecidas y tiene como característica ser practicado por otro ser humano, lo que puede ampliar su efecto perjudicial. Siguiendo esta propuesta, importa percibir que tipo de victimizaciones sufren los individuos durante la adolescencia y que impacto representa en sus vidas. Se encuentra documentado en la literatura que los adolescentes, aparte de las victimizaciones que sufren los adultos, pueden verse sometidos a otras, específicas de este periodo del desarrollo (Finkelhor y Hashima, 2001). Además, en la práctica, las formas aisladas de victimización son muy difíciles de ocurrir, así que es fundamental un estudio comprensivo del fenómeno, o de otra manera se obtendrá una visión parcial acerca del mismo.

Para el efecto se han constituido dos muestras de adolescentes, una correspondiente al grupo normativo y otra al grupo forense. El grupo normativo estaba formado por 629 adolescentes, 341 mujeres y 288 hombres, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años ($M = 14.17$; $DT = 1.597$), provenientes de 11 escuelas de todo país. La mayoría de los participantes era caucasiano (96.6%) y 62.3% cursaba educación secundaria, mientras que el 20.1% cursaba bachillerato y el 16.1% educación primaria. El grupo forense fue constituido por 61 adolescentes, 32 mujeres y 29 hombres, con edades entre los 12 y 17 años ($M = 14.64$; $DT = 1.654$), procedentes de tres instituciones de acogimiento de menores considerados en riesgo y señalizados como víctimas de alguna forma de violencia. La mayoría de los participantes era caucasiano (94.8%) y cursaba enseñanza secundaria 49.2%, mientras que el 11.5% cursaba bachillerato y el 39.3% educación primaria. Todos los sujetos participaron en el estudio de forma voluntaria, confidencial y anónima.

Para su realización se administraron tres instrumentos, los cuales han demostrado buenas propiedades psicométricas en estudios previos, a saber, el Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005), la Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) (Resilience Research Center, 2009) y la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés - 21 (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado y Leal, 2004).

El Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), versión auto-relato, desarrollado por Finkelhor y colaboradores (2005), es un instrumento destinado a evaluar la globalidad de las victimizaciones en la adolescencia y está formado por cinco módulos, en un total de 34 ítems, a saber: crimen convencional (9 ítems), victimización por parte del cuidador (4 ítems), victimización por iguales o hermanos (6 ítems), victimización sexual (6 ítems) y exposición a violencia (9 ítems). Como complemento

del instrumento original, los autores han desarrollado un módulo más que no hace parte de la versión original del instrumento, designado victimización *online* (2 ítems). Los valores de consistencia interna (α de Cronbach) encontrados fueron .80 para el total del cuestionario, en cuanto para cuatro de los cinco módulos, los valores han variado entre .61 (delitos comunes), .39 (malos tratos por parte del cuidador), .51 (victimización sexual) y .55 (victimización por pares o hermanos).

La Child and Youth Resilience Measure – 28 (CYRM - 28), desarrollada por el Resilience Research Center (2009), tiene como objetivo medir la resiliencia en jóvenes y adultos, a través de 28 ítems distribuidos por tres sub-escalas designadas individual, cuidador y contextual. La consistencia interna del instrumento fue calculada a través del *alpha* de Cronbach, con valores entre .65 y .91 y el coeficiente de correlaciones intraclass entre .583 y .773, demostrando calidades psicométricas aceptables.

Por último, la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés – 21 (EADS-21) ha sido validada para la población portuguesa por Pais-Ribeiro y colaboradores (2004) y permite evaluar el estado emocional del niño o joven durante la última semana. Está formada por un total de 21 ítems distribuidos por tres dimensiones o sub-escalas, con siete ítems cada, a saber: depresión (evalúa la disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesaprobación, falta de interés, implicación, involucramiento), ansiedad (evalúa los síntomas somáticos y subjetivos de miedo, efectos musculoesqueléticos, ansiedad situacional y subjetiva) y estrés (evalúa la dificultad en relajarse, activación nerviosa, agitación e irritabilidad). Los valores de consistencia interna encontrados fueron adecuados siendo de .75 para la sub-escala ansiedad, .78 para la sub-escala depresión y .74 para la sub-escala estrés, (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro y Marôco, 2009).

El estudio psicométrico del JVQ se ha realizado con la muestra normativa y se calculó la consistencia interna, la validez de criterio y la validez discriminante para cada uno de los formatos del instrumento. La consistencia interna del instrumento, calculada a través del *alpha* de Cronbach, ha presentado para el formato último año valores de .75 para el JVQ total y de .59, .45, .40, .35 y .51 para las sub-escalas. Cuanto al formato a lo largo de la vida, el valor de *alpha* fue de .85 para el JVQ total y de .72, .53, .52, .58 y .58 para las sub-escalas.

La validez de criterio se ha calculado a través de la prueba de correlación de Pearson y de un análisis de regresión lineal entre el JVQ total y sus sub-escalas y el EADS-21 total y sub-escalas. Para el JVQ en su formato último año, las correlaciones encontradas fueron positivas, moderadas a fuertes, entre el total y las sub-escalas, véase el caso del JVQ total y el módulo victimización por pares o hermanos ($r = .736$) y moderadas entre las sub-escalas, caso del módulo delitos comunes y victimización por pares o hermanos ($r = .513$). Con respecto al JVQ total y sub-escalas y la EADS-21 y sub-escalas, las correlaciones fueron moderadas, siendo el valor más elevado entre el total de los instrumentos ($r = .487$). Por su parte, entre las sub-escalas las correlaciones obtenidas fueron débiles, caso del módulo victimización sexual y ansiedad ($r = .152$).

El análisis de regresión realizado ha permitido observar que las variables victimización total y victimización por parte del cuidador, son las que mejor explican la sintomatología psicopatológica, en concreto la depresión responsable por 27.5%, siendo la victimización total la que más contribuye para el modelo ($R^2 = .231$). Para el JVQ formato a lo largo de la vida, las correlaciones entre las sub-escalas y el total del cuestionario fueron todas positivas, moderadas a fuertes, siendo la más fuerte entre el JVQ total y el módulo delitos comunes ($r = .838$), en cuanto entre los módulos, la más fuerte fue entre el módulo malos tratos por parte del cuidador y exposición a violencia (r

= .565). Por otro lado, y entre el JVQ total y sub-escalas y el EADS-21 total y sub-escalas, las correlaciones fueron moderadas, siendo la más fuerte entre los totales de los cuestionarios ($r = .547$) seguido del JVQ total y el módulo estrés ($r = .552$). La victimización total demostró ser la variable con mayor poder predictivo de la sintomatología psicopatológica, en particular de la depresión, ya que explica el 34% de la variabilidad encontrada.

La validez discriminante del JVQ para ambos formatos del instrumento se ha calculado mediante la aplicación de la prueba *t* de Student, con el objetivo de determinar las diferencias en cada uno de los grupos, en función del género, edad y grupo de pertenencia. Así y para el formato último año, se han detectado diferencias de estadísticamente significativas para la variable género, puesto que tanto las chicas del grupo normativo ($t_{604} = 3.714$; $p < .05$) como del grupo forense ($t_{59} = -2.534$; $p < .05$) presentaron más experiencias de victimización por parte del cuidador. También en el formato a lo largo de la vida se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas sea para el grupo normativo, en concreto en los módulos delitos comunes ($t_{527} = 2.008$; $p < .05$), malos tratos ($t_{527} = -2.028$; $p < .05$) y victimización entre pares y hermanos ($t_{527} = 2.101$; $p < .05$), como en el grupo forense donde las diferencias ocurrieron solamente en el módulo delitos comunes ($t_{54} = -2.381$; $p < .05$).

Cuanto a la variable edad y para el formato último año, solo se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes del grupo normativo, siendo los jóvenes con edad entre los 15-17 años los que han revelado más experiencias de victimización, en concreto en los módulos malos tratos ($t_{604} = -3.992$; $p < .05$), victimización sexual ($t_{604} = -6.301$; $p < .05$) y testimonio o exposición a violencia ($t_{604} = -2.687$; $p < .05$). Del mismo modo en el JVQ formato a lo largo de la vida, solo se han

detectado diferencias estadísticamente significativas en el grupo normativo pero en este caso en todos módulos y total del cuestionario.

Por último y cuando se analiza la variable grupo de pertenencia se verifica que en ambos formatos del JVQ, se han identificado diferencias estadísticamente significativas en los módulos y total del cuestionario, así pues los dos grupos son distintos cuanto al tipo y número de victimizaciones experimentadas.

En relación a la CYRM-28, el estudio psicométrico del instrumento se ha realizado también con la muestra normativa y se ha calculado la validez de constructo, la consistencia interna, la validez de criterio y discriminante. Para la validez de constructo, fue conducido un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) (método de los componentes principales y rotación Oblimin) seguido de un Análisis Factorial Exploratorio (AFC) que ha llevado a la exclusión de diversos ítems de la escala, resultando en una versión reducida de 15 ítems. Este procedimiento fue concluido con un nuevo AFC que ha permitido confirmar la estructura factorial de la escala de tres factores que llegaron a explicar el 42.61% de la varianza total con una consistencia interna aceptable, principalmente para el total de la escala. La consistencia interna de la escala, calculada mediante el *alpha* de Cronbach, fue de .75 para el total de la CYRM-15, en cuanto para las sub-escalas individual, cuidador y contextual, varió entre .70, .58 y .48, respectivamente.

La validez de criterio, calculada a través del coeficiente de correlación de Pearson entre la CYRM-15 total y las sub-escalas y la EADS-21 total y sub-escalas, en cada uno de los grupos muestrales, ha permitido identificar correlaciones fuertes entre la CYRM-15 total y sus sub-escalas, siendo la más fuerte entre el total del instrumento y la sub-escala cuidador ($r = .783$). Por otra parte, las correlaciones encontradas entre la

CYRM-15 y la EADS-21 fueron negativas, entre flaco y moderado, siendo la correlación más alta entre el la CYRM-15 total y la sub-escala depresión ($r = -.387$).

Para determinar la validez discriminante, se aplicó la prueba t de Student en las dos muestras, considerando las variables género, edad y grupo de pertenencia. Para el grupo normativo se han identificado diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la variable género, los adolescentes masculinos han demostrado resiliencia más elevada en la sub-escala contexto ($t_{627} = -2.312$; $p < .05$). Por otro lado, los adolescentes más jóvenes (12-14) han presentado puntuaciones de resiliencia superiores, tanto en el total de la escala ($t_{627} = 5.890$; $p < .05$) como en las sub-escalas individual ($t_{627} = 2.312$; $p < .05$), cuidador ($t_{627} = 4.661$; $p < .05$) y contextual ($t_{627} = 6.316$; $p < .05$), frente a los adolescentes mayores (15-17 años).

Las tasas de victimización estudiadas indican niveles elevados de victimización durante la adolescencia, siendo superiores en el período referente a lo largo de la vida, comparativamente con el último año, bien así en el grupo de riesgo. El porcentaje de victimización identificado en el grupo normativo fue de 72.8% durante toda la vida y de 68.3% para el último año. En lo que respecta al grupo forense, la tasa de prevalencia fue de 91.1% durante toda la vida, en cuanto en el último año fue de 89.5%. Ante todo lo expuesto, se concluye que el JVQ en sus dos formatos presenta buenas propiedades psicométricas, con valores de consistencia interna adecuados, principalmente a nivel global y para el formato a lo largo de la vida, similares a los resultados encontrados en otros estudios realizados (Finkelhor et al, 2005; Soler, 2014).

Para la validez de criterio se identificaron asociaciones entre victimización y sintomatología psicopatológica, destacándose las correlaciones entre el JVQ total y sus sub-escalas que fueran más fuertes para el formato a lo largo de la vida, comparativamente con el formato último año. El instrumento, en sus dos formatos, ha

demostrado capacidad discriminante, ya que se han encontrado diferencias significativas en cada uno de los grupos y formatos, cuando consideradas las variables género, edad y grupo de pertenencia.

Con respecto a la CYRM-28, se ha llegado a una versión reducida de 15 ítems, una vez que la versión original no ha revelado buenos índices de adaptación a los datos de la muestra. La CYRM-15 presenta buena consistencia interna global, a pesar de débil en los módulos. La validez de constructo resultó en una versión de tres factores, cada uno con cinco ítems, mientras que la validez de criterio identificó, tal como esperado, una asociación inversa entre resiliencia y sintomatología psicopatológica. Por su parte, mediante el cálculo de la validez discriminante se identificaron diferencias significativas en la muestra normativa para la variable género y edad, mientras en la muestra forense, se han identificado diferencias significativas únicamente para el género de los participantes. Los dos grupos son distintos cuanto a la capacidad de resiliencia individual, ya que la muestra normativa ha manifestado resiliencia más elevada. Tras el estudio realizado se concluye que este debe ser considerado un estudio preliminar de validación, atendiendo a los resultados obtenidos.

Por último y a pesar de elevadas, las tasas de victimización encontradas en la muestra normativa adolescente indican porcentajes ligeramente inferiores, comparativamente con los resultados encontrados en estudios desarrollados en otros países europeos.

Palabras clave: Victimización, psicopatología, resiliencia, adolescencia, JVQ, CYRM-28; validación psicométrica.

ABSTRACT

The present study is born from the need to characterize the phenomenon of victimization in adolescence at the level of impact and prevalence. Furthermore, the review of the literature on this subject has allowed the identification of several limitations that hinder a deeper understanding of the subject. Despite the numerous publications on specific forms of victimization, both nationally and internationally, there has been an evident shortage of studies concerning the totality of victimization. Beyond the lack of studies, there has also been a lack of validated and adapted instruments to evaluate this problem in the Portuguese population. For all this, the present study intends to study the psychopathological symptomatology and resilience manifested by the victims and also to identify the prevalence rates of victimization in two samples of Portuguese adolescents.

According to Finkelhor (2008; 2011), interpersonal victimization refers to the damage caused to an individual as a result of behavior contrary to established social norms and has as a characteristic to be practiced by another human being, which can amplify its harmful effect. Following this proposal, it is important to perceive what type of victimization individuals suffer during adolescence and what impact it represents in their lives. It is documented in the literature that adolescents, apart from the victimizations suffered by adults, may be subject to others, specific to this period of development (Finkelhor and Hashima, 2001). In addition, in practice, isolated forms of victimization are very difficult to occur, so a comprehensive study of the phenomenon is essential, or otherwise a partial view will be gained.

In effect, for this purpose, two samples of adolescents have been constituted, one corresponding to the normative group and another to the forensic group. The normative group consisted of 629 adolescents, 288 men and 341 women, aged between

12 and 17 years ($M = 14.17$, $DT = 1.597$), from 11 schools across the country. Most of the participants were caucasian (96.6%) and 62.3% attended secondary education, while 20.1% were in high school and 16.1% in primary education. The forensic group consisted of 61 adolescents, 32 women and 29 men, aged between 12 and 17 years ($M = 14.64$; $SD = 1.654$) from three institutions of child care considered at risk and identified as victims of some form of violence. The majority of the participants were caucasian (94.8%) and attended secondary education (49.2%), while 11.5% were in high school and 39.3% were in primary education.

In addition, all subjects participated in the study voluntarily, confidentially and anonymously. Three instruments were administered for this study, which have demonstrated good psychometric properties in previous studies, namely the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Finkelhor, Hamby, Ormrod and Turner, 2005), the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) (Resilience Research Center, 2009) and the Anxiety, Depression and Stress Scale - 21 (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado and Leal, 2004).

The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), a self-report version, developed by Finkelhor and colleagues (2005), is an instrument to evaluate the globality of victimization in adolescence and consists of five modules, for a total of 34 items: conventional crime (9 items), victimization by the caretaker (4 items), victimization by peers or siblings (6 items), sexual victimization (6 items) and exposure to violence (9 items). As a complement to the original instrument, the authors have developed a module that is not part of the original version of the instrument, called online victimization (2 items). The values of internal consistency (Cronbach's α) found were .80 for the total of the questionnaire, as for four of the five modules, the values have

varied between .61 (conventional crimes), .39 (maltreatment by the caretaker), .51 (sexual victimization) and .55 (victimization by peers or siblings).

The Child and Youth Resilience Measure - 28 (CYRM - 28), developed by the Resilience Research Center (RRC, 2009), aims to measure resilience in youths and adults through 28 items distributed by three subscales designated individual, caregiver and contextual. The internal consistency of the instrument was calculated through Cronbach's *alpha*, with values between .65 and .91 and the coefficient of intraclass correlation between .583 and .773, showing acceptable psychometric qualities.

Finally the Anxiety, Depression and Stress Scale - 21 (EADS-21) was validated for the Portuguese population by Pais-Ribeiro and colleagues (2004) and allows assessing the emotional state of the child or young person during the last week. It consists of a total of 21 items, divided into three dimensions or subscales with seven items each, namely: depression (evaluates dysphoria, hopelessness, devaluation of life, self-deprecation, lack of interest, involvement, involvement), anxiety (evaluates somatic symptoms and subjective symptoms of fear, musculoskeletal effects, situational and subjective anxiety) and stress (assesses difficulty in relaxation, nerve activation, agitation and irritability). The internal consistency values found were adequate, being .75 for the anxiety subscale, .78 for the subscale depression and .74 for the stress subscale, (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro and Marôco, 2009).

The psychometric study of the JVQ was performed with the normative sample and the internal consistency, criterion validity and discriminative validity were calculated for each of the instrument formats. The internal consistency of the instrument, calculated through the Cronbach *alpha*, has presented for the last year format, values of .85 for the total of the questionnaire and .72, .53, .52, .58 and .58 for

subscales, as for the lifetime format, values of .75 for the total JVQ and .59, .45, .40, .35 and .51 for the subscales.

The criterion validity has been calculated through the Pearson correlation test and a linear regression analysis between the total JVQ and its subscales and the total EADS-21 and subscales. For the JVQ in its last year format, the correlations found were positive, moderate to strong between the total and the subscales, like the case of the total JVQ and the module victimization by pairs or siblings ($r = .736$) and moderate between the subscales, like the case of common crimes module and victimization by peers or siblings ($r = .513$). Regarding the total JVQ and subscales and the EADS-21 and sub-scales, the correlations were moderate, being the highest value among the total instruments ($r = .487$). On the other hand, among the subscales, the correlations obtained were weak, in the case of sexual victimization and anxiety ($r = .152$). The regression analysis carried out has shown that the variables total victimization and victimization by the caregiver are the ones that best explain the psychopathological symptomatology, namely depression, because 27.5% explains that total victimization it's the one that contributes the most to the model ($R^2 = .231$).

For the JVQ format throughout life, the correlations between the subscales and the total of the questionnaire were all positive, moderate to strong, being the strongest between the total JVQ and the common crimes module ($r = .838$). Between the modules, the strongest was between the mistreatment module by the caretaker and testimony to violence ($r = .565$). On the other hand, and between the total JVQ and sub-scales and the total EADS-21 and sub-scales, the correlations were moderate, being the strongest among questionnaire totals ($r = .547$) followed by total JVQ and stress module ($r = .552$). Total victimization proved to be the variable with the greatest predictive power of

psychopathological symptomatology, particularly of depression, since it accounts for 34% of the variability found.

The discriminant validity of the JVQ for both instrument formats was calculated using Student's t-test, with the objective of determining the differences in each of the groups, according to gender, age and membership group. And so the format last year, have been detected statistically significant differences for gender variable, since both girls normative group ($t_{604} = 3.714$; $p < .05$) and the forensic group ($t_{59} = 2.534$; $p < .05$) presented more victimization experiences by the caregiver. Also in the format throughout the life have been detected statistically significant differences between boys and girls either for the normative group, specifically in the common crimes module ($t_{527} = 2.008$; $p < .05$), ill-treatment ($t_{527} = 2.028$; $p < .05$) and victimization between pairs and siblings ($t_{527} = 2.101$) and in the forensic group where differences occurred only in the common crimes module ($t_{54} = -2.381$, $p < .05$).

As for the age variable and for the last year format, only statistically significant differences were detected among adolescents in the normative group, with young people aged 15-17 years who have revealed more experiences of victimization, specifically in the modules ($t_{604} = -3.992$; $p < .05$), sexual victimization ($t_{604} = -6.301$; $p < .05$) and testimony or exposure to violence ($t_{604} = -2.687$; $p < .05$). Similarly, in the JVQ format throughout life, only statistically significant differences have been detected in the normative group but in this case in all modules and total of the questionnaire. Finally, when the variable belonging group is analyzed, it is verified that in both JVQ formats, statistically significant differences have been identified in the modules and total of the questionnaire, so the two groups are different as to the type and number of victimizations experienced.

In relation to CYRM-28, the psychometric study of the instrument was also performed with the normative sample and the construct validity, internal consistency, criterion validity and discriminant were calculated.

For the construct validity, a Confirmatory Factor Analysis (CFA) (principal components method) was conducted followed by an Exploratory Factor Analysis (EFA) that has led to the exclusion of various items of the scale, resulting in a reduced version of 15 items. This procedure was concluded with a new CFA, which allowed confirming the factorial structure of the three factors scale that came to explain 42.61% of the total variance with acceptable internal consistency, mainly for the total scale.

The internal consistency of the scale, calculated by the Cronbach's *alpha* was .75 for the CYRM-15 total, as for the individual, caregiver and contextual subscales, varied between .70, .58 and .48 respectively.

The criterion validity, calculated through the Pearson correlation coefficient between the total CYRM-15 and the sub-scales and the total EADS-21 and sub-scales, in each of the sample groups, allowed to identify strong correlations between the CYRM-15 total and its subscales being the strongest between the instrument total and the caregiver subscale ($r = .783$). On the other hand, the correlations found between CYRM-15 and EADS-21 were negative, between weak and moderate, being the highest correlation between the CYRM-15 total and the sub-scale depression ($r = -.387$).

To determine the discriminant validity, Student t-test was applied in the two samples, considering the variables gender, age and membership group. For the normative and forensic groups, statistically significant differences have been identified regarding the gender variable. For the normative group male adolescents have shown higher resilience in the context sub-scale ($t_{627} = -2.312$; $p < .05$) while for the forensic group adolescents have shown higher resilience in the caregiver subscale ($t_{56} = 2.1188$;

$p < .05$). In addition, younger adolescents (12-14) presented higher resilience scores in both the total scale ($t_{627} = 5.890$; $p < .05$) and the individual subscales ($t_{627} = 2.312$; $p < .05$), caregiver ($t_{627} = 4.661$; $p < .05$) and contextual ($t_{627} = 6.316$; $p < .05$) compared to older adolescents (15-17 years).

The victimization rates studied indicate high levels of victimization during adolescence, being higher in the lifetime period compared to the last year, as well as in the risk group. The percentage of victimization identified in the normative group was 72.8% during the whole life and of 68.3% for the last year. Regarding the forensic group, the prevalence rate was 91.1% for a lifetime, in the last year was 89.5%.

It is concluded that the JVQ in both formats has good psychometric properties, with adequate internal consistency values, mainly at the global level and for the format throughout life, similar to the results found in others (Finkelhor et al., 2005, Soler, 2014). For the criterion validity, we identified associations between victimization and psychopathological symptomatology, highlighting the correlations between the total JVQ and its subscales that were stronger for the format throughout life, compared to the format last year. The instrument in its two formats has shown discriminant capacity, since significant differences have been found in each of the groups and formats, when considering gender, age and group membership. Thus, the JVQ has demonstrated good psychometric properties indicating that it is a suitable instrument for measuring teenage victimization.

In relation to the CYRM-28, a reduced version of 15 items has been reached, since the original version has not revealed good indices of adaptation to the data of the sample. The CYRM-15 has good overall internal consistency, although weak in the modules. Construct validity resulted in a three-factor version, each with five items, while criterion validity identified, as expected, an inverse association between resilience

and psychopathological symptomatology. On the other hand, with the discriminant validity calculation, significant differences were identified in the normative sample for the variable gender and age, whereas in the clinical sample, significant differences were identified only for the gender of the participants. The two groups differ in their capacity for individual resilience, since the normative sample has manifested higher resilience. After the study, it is concluded that this should be considered a preliminary study of validation based on the results obtained.

Although high, the victimization rates found in the adolescent normative sample, indicate slightly lower percentages, compared with the results found in studies carried out in other European countries.

Keywords: Victimization, psychopathology, resilience, adolescence, JVQ, CYRM-28; psychometric validation.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

La victimización en la infancia y en la adolescencia es un tema que domina la actualidad y que ha sido reconocido a nivel mundial como un problema social, tanto por el número elevado de víctimas, como por el impacto que provoca en la propia víctima, en los que están cerca de ella y, en última instancia, en la sociedad en general (De la Vega, De la Osa, Granero y Ezpeleta, 2013; Holt, Finkelhor y Kantor, 2007; Kazdin, 2011).

La revisión de la literatura realizada sobre el tema de la victimización ha demostrado la existencia de un gran número de publicaciones sobre las formas específicas de victimización (ej., abuso sexual, negligencia, la violencia en las relaciones de pareja), pero son escasos, tanto en nivel internacional, pero sobre todo a nivel nacional, estudios que analizan conjuntamente las diversas formas de victimización (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005; Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby, 2015; Pereda, Guilera y Abad, 2014b; Radford, Corral, Bradley y Fisher, 2013).

La experiencia de episodios de esta naturaleza constituye, en sí misma, un factor de riesgo y puede implicar el apareamiento de sintomatología psicopatológica en las víctimas, de manera más o menos incapacitante, así como a corto o largo plazo (Jackson, Browne y Joseph, 2016; Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011; Norman, Munkhtsetseg, Butchart, Scott y Vos, 2012; Soler, Segura, Kirchner y Forns, 2013; Soler, Forns, Kirchner y Segura, 2015). A pesar de un gran número de víctimas manifestar sintomatología psicopatológica tras vivir un acontecimiento de este tipo, existen algunas en que tal no ocurre, demostrado capacidad de adaptación y superación (Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz, 2009; Zahradnik, Stewart, O'Connor, Stevens, Ungar y Wekerle, 2010). Esta investigación se plantea de la necesidad de

caracterizar el fenómeno de la victimización en la adolescencia en el contexto portugués, a través del estudio simultáneo de diferentes formas de victimización, a partir de los relatos de las propias víctimas. Se pretende, por un lado, conocer las tasas de prevalencia de la victimización en el último año y durante toda la vida en dos muestras distintas, una muestra de adolescentes escolarizados y una de adolescentes institucionalizados, señalados como víctimas de alguna forma de violencia. Se procura, aún, analizar el impacto causado por la experiencia de este tipo de eventos en la vida de las víctimas, a nivel de la manifestación de sintomatología psicopatológica y de resiliencia.

Con este fin, se diferenciarán los participantes en dos grupos, las víctimas y no víctimas, que permitirá conocer la prevalencia en la muestra, bien como el impacto de la victimización, tanto en términos de síntomas psicopatológicos, tanto en cuanto a capacidad de resiliencia demostrada. Con este propósito, y una vez que no han sido identificados en la población portuguesa instrumentos psicométricos capaces de evaluar estas dimensiones, se inició este estudio con la validación del Juvenil Victimization Questionnaire - Self Report Versión, formato del año anterior o retrospectiva (JVQ) (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005) y la Child and Youth Resilience Measure – 28 - Youth Versión (Option 2) (CYRM-28) (Resilience Research Center, 2009), instrumentos destinados a evaluar la victimización y la capacidad de resiliencia, respectivamente.

Así, y según las necesidades y objetivos fijados, esta tesis doctoral se divide en dos partes, la primera de las cuales dedicada al marco teórico del tema, y consta de tres capítulos. El primer capítulo aborda la cuestión de la victimización de menores, exponiéndose las principales formas de victimización en la adolescencia descritas en la literatura y su prevalencia. El segundo capítulo es el análisis de los principales aspectos

de los síntomas psicopatológicos, procediendo a la conceptualización de diferentes entidades psicopatológicas (ansiedad, depresión y estrés), la identificación de los síntomas más comunes reportados en la literatura, el análisis del impacto de la victimización en el desarrollo de víctimas, y presentación de los principales estudios empíricos. En cuanto al tercer capítulo, estará dedicado al estudio de la resiliencia, la exposición de las principales definiciones de conceptos y modelos teóricos asociados, concluyendo con la presentación de los estudios empíricos más relevantes identificados en la literatura. En este punto se analizará la asociación de la experiencia de victimización de niños y adolescentes y la manifestación de los resultados positivos, a pesar de la aparición de situaciones negativas y potencialmente traumáticas.

La segunda parte está dedicada al estudio empírico, en la cual se presentan y describen los objetivos de la investigación, las características de la muestra, así como los instrumentos administrados, a continuación, la presentación de los resultados y su discusión. Por último, se lleva a cabo la conclusión del estudio, en el que se analizan los principales aspectos de la misma. Se prosigue con una reflexión sobre las principales limitaciones identificadas durante la investigación, así como algunas propuestas futuras de estudio.

CAPÍTULO I

VICTIMIZACIÓN EN ADOLESCENCIA

1. Victimización interpersonal

Los individuos, a lo largo de su desarrollo, se enfrentan a experiencias negativas y potencialmente traumáticas, que derivan en las relaciones entre ellos. La violencia interpersonal es uno de esos acontecimientos y es una forma de victimización que se caracteriza por producirse entre los individuos, en el contexto de la familia y/o comunidad, directa o indirectamente (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Para Finkelhor (2008), victimización interpersonal se refiere al daño causado a un individuo por otro, como consecuencia de una conducta contraria a las normas sociales establecidas. Tiene la particularidad de ser practicado por otro ser humano, lo que potencia su efecto negativo, ya que se puede percibir como injusto por la víctima, y se distingue de otros eventos traumáticos que ocurren de modo casual, tales como accidentes, desastres, enfermedades o duelo (Finkelhor, 2011). En la misma línea Karmen (2013) caracterizar la victimización interpersonal como el resultado de una relación asimétrica, abusiva, dolorosa, destructiva, dependiente e injusta que las personas establecen entre sí. De este modo, la victimización interpersonal se refiere a la experiencia de las diversas formas de violencia, que van desde el maltrato o abuso, a la violencia entre pares (ej., la intimidación), a la exposición o el testigo de la violencia (ej., la violencia entre los padres), entre otras.

En el caso de los niños y adolescentes, la literatura indica que estos individuos sufren las mismas formas de victimización que los adultos, sin embargo, también pueden estar sometidos a otras victimizaciones, exclusivas del período de desarrollo en el que se encuentran (Finkelhor y Hashima, 2001). Al igual que otros grupos sociales (ej., minorías étnicas, mujeres, ancianos), los niños y adolescentes están en mayor riesgo de convertirse en víctimas, ya sea por consecuencia de factores estáticos, como la edad y el sexo, o por factores dinámicos, como el estilo de vida o menor capacidad de

defensa (Tamarit, Luque, Guardiola y Echeverría, 2012). La mayor vulnerabilidad y menor autonomía que los caracteriza, por depender totalmente o en parte de un proveedor de cuidados, los pone en riesgo, ya sea dentro de la familia o de la propia comunidad (Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997).

De acuerdo con la revisión teórica realizada, se encontró que la mayoría de las investigaciones efectuadas en el campo de la victimización se refiere al estudio de la prevalencia, causas e impacto de la violencia, así como en cuestiones relacionadas con el tratamiento (Finkelhor, 1995). Se verifica, sin embargo, que estos resultados reflejan una parte de esta realidad, ya que se refieren a las formas aisladas de la victimización, que puede ser una visión reductiva del fenómeno (Finkelhor et al., 2005). No obstante, se concluye del análisis de la literatura que las diferentes formas de violencia están asociadas, lo que justifica el estudio del fenómeno de forma global.

Por este motivo, y en base a los supuestos descritos, tratamos de entender estos y otros temas relacionados con la victimización que los niños y adolescentes sufren, como resultado de las relaciones violentas que establecen con otros individuos. El experimento de diferentes formas de violencia es un acontecimiento común y se ha descrito en la literatura como la victimización múltiple (Claussen y Crittenden, 1991; Hope, Bryan, Trickett y Osborn, 2011) o polivictimización (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007). Relacionados a estos conceptos, se siguen planteando otros, tales como la revictimización o victimización crónica, que se refieren al experimento de más de un episodio del mismo tipo de violencia durante un cierto período de tiempo (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007b). A pesar de su importancia, este concepto no será objeto de estudio detallado en nuestro estudio, haciéndose una breve descripción teórica, atendiendo a su asociación con el concepto de victimización, reservándonos para un futuro estudio su análisis más detallado.

1.1. Tipologías de victimización

De la revisión de la literatura es posible identificar diversas tipologías para la sistematización de la victimización interpersonal, entre las que se destacan, por su relevancia, el contexto en que se producen, el tipo de actos violentos cometidos o el orden de magnitud en que suceda. A continuación, se describen con más detalle las tres tipologías mencionadas, empezando por los contextos de victimización.

1.2. Contextos de victimización

La clasificación que se presenta a continuación, se realiza de acuerdo al lugar donde se producen las experiencias de victimización. Cada uno de estos entornos presenta dinámicas y actores propios, siendo que los procesos de victimización que emergen allí son distintos.

Dependiendo de la perspectiva teórica subyacente, se pueden identificar las terminologías, definiciones, así como los diferentes tipos de prácticas violentas asociadas con estos contextos, hechos que conducen a diferentes resultados a un nivel práctico. Sin embargo, en general, hay dos contextos principales en cuanto a dónde se producen los episodios de violencia y la victimización, que son: dentro de la familia o fuera de ella, es decir, el contexto intra y extra familiar o familiar y comunitario (Krug et. al., 2002).

Victimización en el contexto de la familia corresponde a situaciones de violencia cometidos por individuos que pertenecen a la misma familia (padres y hermanos, así como miembros de la familia más amplia) y que resulta de una relación de poder asimétrica entre sus miembros. Se refiere a los actos de violencia física, sexual y psicológica, cometidos por un miembro de la familia contra otro, con la intención de controlar o intentar controlar su comportamiento (APA, 1996).

Para Kang (2012), victimización en el contexto familiar se refiere a situaciones practicadas entre los miembros de una familia (entre la pareja, de padres a hijos o hijos a padres, a los ancianos) y que ocurren en el espacio físico que pertenece a esta familia, o cerca de ella. Estudios indican que es en este contexto donde los niños son víctimas de un mayor número de situaciones de violencia, a pesar de los actores y las relaciones de afecto que los unen, siendo esperable que se tratara de un entorno seguro y protector, en comparación con otros contextos.

Por otro lado, la victimización en la comunidad se refiere a las situaciones que ocurren entre los individuos sin lazos familiares, conocidos o desconocidos, que tanto pueden darse en el vecindario, en la escuela, en la calle u otros lugares cercanos a la residencia de los niños y adolescentes (Guterman, Cameron y Staller, 2000). Los adolescentes, en comparación con los niños, muestran índices de victimización más elevados en la comunidad, lo que podría explicarse por la mayor autonomía e independencia que presentan, sin limitarse a las interacciones en el contexto familiar (Margolin et al., 2009). Finkelhor (2009), en un estudio realizado en los Estados Unidos de América con una muestra de adolescentes de entre 12 y 17 años, se encontró con que aproximadamente el 60% de los participantes informaron de haber estado expuestos, el último año y de manera directa, a alguna forma de violencia en la comunidad.

La investigación ha demostrado que los niños y los jóvenes expuestos a la violencia en un determinado contexto suelen, de igual modo, estar expuestos en otros contextos (Finkelhor et al., 2007).

1.3. Formas de victimización

Otra tipología creada para sistematizar el concepto de victimización está basada en el reconocimiento de las diversas formas de violencia a que están expuestos los niños y adolescentes. A continuación, se identificarán las principales formas de victimización interpersonal, presentándose su definición teórica y la aplicación de los actos que la caracterizan, desde el abuso, a la victimización entre pares y hermanos, al testimonio o la exposición a la violencia, así como a los crímenes contra las personas.

La definición teórica de las diferentes formas de victimización está relativamente bien descrita en la literatura, sin embargo, su aplicación revela mayores dificultades (Dubowitz y Pool, 2012; Finkelhor, 2009; Krug et al., 2002; Sansen, Iffland y Neuner, 2014). Otro de los aspectos a considerar es el hecho de que las diferentes formas de victimización son constructos interrelacionados, es decir, aunque en teoría sea posible efectuar su definición aisladamente, en la práctica no existen formas puras de victimización. Se comprueba regularmente la co-ocurrencia de los diferentes tipos de malos tratos u otras formas de victimización.

Vamos a empezar por analizar el concepto del maltrato partiendo de su definición, de la identificación de las principales categorías descritas en la literatura, así como los actos que caracterizan a cada una de ellas.

1.3.1. Maltrato

El maltrato en la infancia se caracteriza por ser un fenómeno complejo y heterogéneo, que se puede clasificar según diferentes criterios y dimensiones de análisis, profundamente condicionado por el factor cultural (English, Bangdiwala y Runyan, 2005; Manly, 2005).

Representa una de las formas de victimización de los niños y adolescentes, y su definición y dinámica están demostrando ser un reto para los investigadores y profesionales que se ocupan de este problema. Se considera una de las experiencias de vida potencialmente más adversas y traumáticas a la que los niños se enfrentan, en virtud de los daños físicos o psicológicos a los que conducen (Cicchetti y Toth, 2005). Se practica por los padres o cuidadores y puede afectar al desarrollo físico, social y psicológico del niño (Gilbert et al., 2009). Comprende una serie de actos de acción u omisión cometidos por un padre o un cuidador, que causan daño, real o potencial, por presentaren una amenaza para el niño (Leeb et al., 2008).

Al igual que otros conceptos de naturaleza psicosocial, esto también varía de acuerdo a las normas sociales de lo que se considera un tratamiento aceptable para un niño, en un momento determinado y en una cultura específica, teniendo en cuenta su edad y nivel de desarrollo. Parece ser que el concepto ha variado a lo largo de la historia en las diversas civilizaciones, así como entre culturas, que se diferencia de acuerdo con la perspectiva teórica explicativa (Herrenkohl, 2005). Aunque existen diferencias en su definición, existen normas mínimas de tratamiento adecuado a los niños, transversales a las diferentes culturas y consagradas en las normas y leyes a nivel internacional, como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) y que deben servir de base para su definición.

Para Krug y colaboradores (2002), el maltrato infantil consiste en todas las formas de comportamiento abusivo o negligente, de carácter físico, sexual o emocional, que resulta en daños reales o potenciales para el niño.

De acuerdo con el *National Center on Child Abuse and Neglect* (NCCAN, 1981), un niño maltratado es aquel que se encuentra lesionado en su bienestar físico o mental, o se encuentra en riesgo de ser, a través de actos u omisiones cometidos por los

propios padres, o por las figuras cuidadoras. Esta definición se basa en diversos supuestos, entre ellos: la ocurrencia de un acto u omisión; que la víctima sea menor de 18 años; que los agresores sean los padres o figuras cuidadoras (ej., tutor, maestro); que se comprueben consecuencias para la víctima en términos de reducción de su bienestar en el corto y largo plazo; y que exista intencionalidad en la conducta parental.

Meadow (1989, p. 727) considera que un niño es maltratado cuando *"es tratado por un adulto de un modo inaceptable, para una determinada cultura, en un determinado tiempo, que resulta en daños al niño"*.

Martinez y De Paul (1993, p. 23) definen este concepto como siendo *"las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño"*.

En un sentido más amplio, Díaz Huertas (1997, p. 10) define el abuso como cualquier *"acción, omisión o trato negligente, no accidental que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico, y/o social, cuyos autores puedan ser personas, instituciones o la propia sociedad"*.

Del análisis de las definiciones presentadas se muestra la existencia de tres condiciones para la ocurrencia de un episodio de maltrato: los actos se perpetran por un proveedor de cuidados al niño (sean los padres u otra figura responsables del niño) o una institución; son el resultado de una acción (algo que se hace), omisión (o lo que se deja de hacer) o negligencia (se hace de forma incorrecta); causan un daño real o potencial para el desarrollo del niño en el corto y/o largo plazo.

De esta forma, estaremos ante maltrato del tipo activo cuando existe una acción por parte del atacante, que puede ser física o psicológica y que causa un daño al menor, o le ponga en situación de grave riesgo si se produce. Por otro lado, el maltrato de tipo pasivo/negligencia, se refiere a las acciones que no se practican, es decir, una omisión, poniendo en cuestión el bienestar del niño, así como a lo que se hace de manera incorrecta (negligencia) (Díaz Huertas, 2001).

A partir de estos supuestos, nos encontramos en la literatura diversas tipologías de sistematización del concepto de maltrato, desde las más restringidas, en que se identifican cuatro categorías base de malos tratos: físico, psicológico o emocional, abuso sexual y negligencia (Cicchetti y Lynch, 1995); a las más amplias, en que son añadidas otras, caso del Síndrome de Munchausen por Poderes (Calheiros, 2000; Díaz Huertas et al., 2001), de la explotación laboral, del maltrato institucional o del maltrato perinatal (Casas, 1998; Ojeda, Gonzales y Terreros, 2006).

En el Cuadro 1 se presentan las tipologías base de organización de los malos tratos, así como las principales consecuencias que pueden provocar en las víctimas.

Cuadro 1. Tipologías de maltrato (adaptado de Glaser, 2002)

Tipos de maltrato	Características
Maltrato físico (lesiones no accidentales)	- Causar muerte, lesiones o marcas visibles, como moretones, enfermedad fabricada o inducida - síndrome de Munchausen por proxy
Maltrato psicológico	- Indisponibilidad emocional, hostilidad, rechazo, interacciones inapropiadas del desarrollo, incluyendo la exposición a la violencia doméstica. Uso del niño para satisfacer las necesidades del adulto; - Fracaso en la promoción de la socialización del niño
Abuso sexual	- Toque o penetración, genital, oral o anal
Negligencia	- Falta de proveer. - Falta de supervisión

1.3.1.1. Maltrato físico

El maltrato físico es la categoría más estudiada y la que se diagnostica con mayor facilidad, desde el punto de vista clínico, de acuerdo con el tipo de lesiones que provoca en las víctimas.

Arruabarrena y De Paúl (2011, p. 27) definen este tipo de maltrato como *“cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo”*. Estos autores sistematizaron las lesiones que pueden resultar como consecuencia de este tipo de maltrato, a saber: magulladuras o moratones, heridas o raspaduras, cortes o pinchazos, señales de mordedura humanas, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, lesiones cerebrales o hematoma subdural, lesiones de órganos internos, asfixia o ahogamiento.

Pueden también resultar en lesiones cerebrales derivadas de sacudir violentamente al niño, en particular la zona craneal, y constituye una de las formas de maltrato infantil más grave con consecuencias fatales y se designa *Shaken Baby Syndrome* (Síndrome del Niño Sarandeado) (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1985). Puede ocurrir en niños de hasta cinco años, pero se identifica con mayor frecuencia en niños menores de seis meses de edad, una vez que resulta de la propia fragilidad física (Canha, 2008).

En resumen, podemos decir que el maltrato físico se caracteriza como cualquier acción, no accidental, cometida por los padres o figuras cuidadoras contra el niño.

1.3.1.2. Negligencia

La negligencia es el tipo más común de maltrato, se define en términos de actos de omisión que pueden ser practicados por los padres o cuidadores y se caracteriza por ignorar y no satisfacer las necesidades básicas del niño (Calheiros, 2006). Este tipo de maltrato, por lo general, implica un patrón repetido de comportamientos practicados por los cuidadores que perjudican el bienestar y la salud del niño. Estos comportamientos pueden ser descritos de acuerdo con un *continuum* que va desde un gran cuidado, donde las necesidades del niño se cumplan plenamente, al extremadamente perjudicial, en el que las necesidades no son del todo satisfechas (Dubowitz et al., 2012). Puede ocurrir de forma consciente, con la intención de causar daño al niño, o como consecuencia de la falta de información, la ignorancia o la falta de competencias parentales para proteger a los niños y garantizar sus necesidades básicas (Casas, 1998).

Su identificación es compleja debido a la ausencia de lesiones físicas observables directamente, en oposición a otras formas de maltrato, así como por la dificultad para determinar la intencionalidad de comportamientos parentales, evaluación influenciada por factores culturales y sociales que dificultan la aplicación de lo que se considera tratamiento aceptable o no, en un momento determinado, o en una determinada sociedad (Manly, 2005).

Este concepto fue definido inicialmente con base en el ejercicio de la paternidad, concretamente en la ocurrencia de comportamientos de omisión por parte de los padres o figura cuidadora, de la cual resulte peligro o daño al niño. Por este motivo, se considera una incapacidad parental para atender a las necesidades básicas de los niños, que se concretiza por omisión o inacción de los padres o figuras prestadoras cuidados (Dubowitz et. al., 2005; Zuravin, 2001). De acuerdo con esta perspectiva, los

padres son los responsables de satisfacer las necesidades de los niños, pudiendo existir una intencionalidad, o no, en estas omisiones para causar daño, generalmente como resultado de una falta de competencias parentales para garantizar las necesidades del niño (Casas, 1998).

Recientemente se ha propuesto una nueva visión centrada en el niño, que propone la comprensión del fenómeno a través de la experiencia del niño y de la capacidad de garantizar su bienestar y salud al satisfacer sus necesidades (Dubowitz, 2005).

Arruabarrena y De Paúl (2011, p. 29) comparten esta perspectiva y definen este tipo de maltrato como *“aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) y cognitivos básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño”*.

Del mismo modo, Garbarino y colaboradores (1986, citado por Garbarino y Collis, 1999) consideran una situación de negligencia cuando existe incapacidad, debido a comportamientos inadecuados por parte de los padres o cuidadores, para proporcionar los cuidados esenciales al niño. Estos actos de omisión parental pueden ocurrir a nivel de cuidados de higiene, alimentación, vestido, educación, de salud y de supervisión.

Tales comportamientos pueden organizarse en categorías, más o menos amplias, incluyendo la negligencia física, educacional y emocional (Garbarino y Collins, 1999). La negligencia física ocurre cuando se ignoran las necesidades básicas del niño o se deniega su satisfacción, por parte de los padres o figuras cuidadoras, en materia de alimentación, vestido, atención médica, protección.

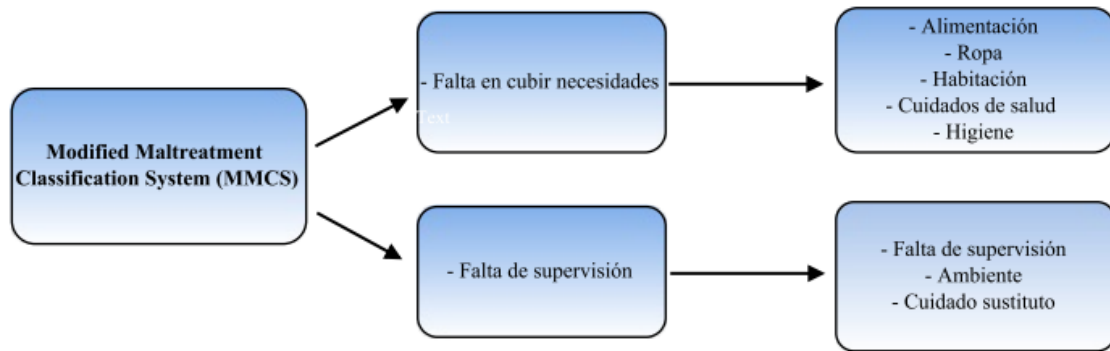
A su vez, la negligencia emocional se caracteriza por la permanente falta de atención a las necesidades de afecto, soporte emocional, o competencia del niño. La

exposición a la violencia interparental o de otro tipo de violencia doméstica, es una forma de negligencia emocional. El consentimiento para el uso de drogas o el estímulo para la práctica de actos de delincuencia, es decir, comportamientos disruptivos, son también ejemplos de negligencia emocional. La negligencia educacional se caracteriza por la falta de seguimiento y supervisión por parte de los padres o cuidadores en las actividades relacionadas con el ámbito académico (ej., faltar a clase, no hacer sus tareas escolares).

Sin embargo, se encuentra en la revisión de la literatura efectuada la existencia de otras clasificaciones, como es el caso de la *Modified Maltreatment Classification System* (MMCS), que subdivide la negligencia en dos tipos: la negligencia física o falla para satisfacer las necesidades básicas del niño y la negligencia de supervisión (English y Longscan Investigators, 1997).

La primera se refiere a la falta de proporcionar alimentación y se organiza de acuerdo con las necesidades básicas del niño que no están satisfechas, constituyendo subtipos: higiene, vestido, vivienda, cuidados médicos (English, 1997). En cuanto a la segunda, se refiere a la falta de supervisión parental y se organiza en tres subtipos: fallo de supervisión la figura cuidadora para proveer una supervisión adecuada, en particular, en su ausencia o en esa imposibilidad, delegando el cuidado del niño en otro adulto responsable. Para una mejor comprensión, se expone en la Figura 1 la clasificación presentada.

Figura 1. Negligencia y sus subtipos según Modified Maltreatment Classification System (MMCS), adaptado de English y Longscan investigators (1997).



Esta tipología tiene como ventaja el hecho de existir un mayor detalle en la descripción de los comportamientos negligentes, que podrá resultar en una identificación más precisa de este tipo de maltrato, en comparación con las calificaciones más difusas y menos objetivas.

1.3.1.3. Maltrato psicológico

El maltrato psicológico se considera la dimensión más difícil de identificar y caracterizar, dada la heterogeneidad de las conductas que lo constituyen (Arruabarrena, De Paul, Indias y Ullate, 2013). Este tipo de maltrato es común a las demás formas, puesto que es el principal componente del abuso y negligencia (Garbarino et al., 1986).

De la revisión de la literatura realizada se destacan dos tipos de abordajes a esta problemática, una que se caracteriza en términos de consecuencias/resultados de los actos parentales para el niño (Faller, Bowden, Jones y Hildebrandt, 1981; Garbarino y Vondra, 1987; Hart, Germain y Brassard, 1983; McGee y Wolfe, 1991, citado por Hart, Stuart y Brassard, 1987) y otra que se define en términos de comportamiento parental y

en la aplicación de esos actos (APSCA, 2011; Garbarino et al., 1986; Hamarman y Bernet, 2000).

Para Garbarino (1978), el maltrato psicológico se caracteriza por ser un comportamiento destructivo deliberado por parte de un adulto, que socava el desarrollo y competencias personales y sociales de un niño (Garbarino, Guttman y Seeley, 1986). En esta definición, Garbarino y colaboradores (1986) añaden otro elemento, en comparación con las definiciones anteriores, que es la naturaleza de los actos practicados por los adultos y que provocan un impacto negativo al nivel del desarrollo y del ajuste del niño.

Hart y colaboradores (2011) caracterizan el maltrato psicológico como los actos de acción y omisión psicológicamente dañinos, ya sea juzgados con base en patrones comunitarios, o en la opinión de expertos. Estos actos pueden ser cometidos a nivel individual o colectivo, los cuales, por sus características, por ejemplo, edad, nivel socioeconómico o inteligencia, se encuentran en una posición de poder, lo que vuelve a los niños vulnerables. Tales acciones pueden provocar daños en el funcionamiento comportamental, afectivo o físico del niño, a corto y largo plazo.

En términos de implementación, el maltrato psicológico incluye comportamientos de rechazo, aterrorizar, aislar, explotar/corromper, negar/ignorar respuestas emocionales, la negligencia de las condiciones de salud mental y la educativa, que se enumeran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Categorías y tipos de comportamientos del cuidador (adaptado de APSAC, 1995).

1 Rechazar:	Cualquier acto de comisión del cuidador, verbal o no verbal, que suponga rechazo o degradación del niño; Despreciar, denigrar u otras conductas rechazantes; Ridiculizar por mostrar emociones normales; Discriminar, segregar; Humillar en público.
2 Aterrorizar:	Cualquier conducta amenazante de daño físico, muerte, o abandono, o fomentar deliberadamente un clima de miedo y terror/peligro para el propio niño u para objetos queridos. Colocar en circunstancias impredecibles/caóticas; Colocar en situaciones manifiestamente peligrosas; Tener expectativas rígidas/no realistas, acompañadas de amenazas si no se alcanzan Amenazar/perpetrar violencia contra el niño; Amenazar/perpetrar violencia contra personas, animales u objetos queridos por el niño –incluye exposición a violencia doméstica.
3 Aislar:	Comportamientos que de manera consistente sean impeditivos de satisfacer las necesidades de interacción y comunicación con los demás, tanto dentro como fuera del hogar; Confinar el niño, o poner limitaciones insuperables a su libertad de movimientos; Restringir la interacción social con otras personas fuera de la familia (adultos o iguales).
4 Explotar/Corromper:	Comportamientos de los cuidadores que fomenten en el niño el desarrollo de conductas inapropiadas, comportamientos antisociales o delincuentes, tales como agresiones, actos delictivos o abuso de sustancias; Modelar, permitir o fomentar conductas antisociales; Modelar, permitir o fomentar conductas evolutivamente inapropiadas; Restringir/minar la autonomía psicológica, Restringir/interferir en el desarrollo cognitivo.
5 Ignorar (Ausencia de responsividad emocional):	Comportamientos que implican ignorar las necesidades y los intentos del niño en interactuar, y no mostrar emociones en las interacciones con el niño; Mostrarse desapegado o no implicado con el niño bien por incapacidad o por falta de motivación; Interactuar sólo cuando es necesario; Incapacidad de demostrar afecto, protección, amor.
6 Negligencia hacia la salud:	El padre/cuidador ignora o rechaza permitir/proporcionar tratamiento mental/médico/ educativo para graves problemas/necesidades del niño; De carácter emocional/comportamental; De salud física; De carácter educativo.

Estudios demuestran que el maltrato psicológico puede implicar consecuencias para el desarrollo del niño, incluyendo problemas emocionales, cognitivos, comportamentales y físicos, a corto y largo plazo (Brassard y Donovan, 2006; Hart et al., 2011).

Tal como referido anteriormente, la dificultad en la definición y operacionalización del concepto, asociado a aspectos de orden cultural y social,

dificultan la identificación de estos casos y la determinación de su prevalencia. Se sabe, sin embargo, que este es el tipo de maltrato más frecuente, ya que coexiste con otros tipos de maltrato.

Un estudio longitudinal realizado por Trickett, Mennen, Kim y Sang (2009), con una muestra de niños de edades comprendidas entre los nueve y 12 años, identificó un porcentaje de co-ocurrencia de negligencia y maltrato físico con el maltrato emocional de 95 % y 80.4%, respectivamente. Un otro estudio realizado por Stevens, Schneiderman, Negriiff, Brinkmann y Trickett (2015) con el objetivo de caracterizar las experiencias de malos tratos en una muestra de 303 niños y adolescentes de nueve a 12 años, señalizados por los servicios de protección, concluyó que 51% de los participantes fueron identificados como víctimas de maltrato físico, mientras que el 96.8% de ellos experimentaron otras formas de maltrato. En cuanto a las diferencias de género, los chicos fueron los participantes que presentaron más probabilidades de ser víctimas de malos tratos físicos, en comparación con las chicas.

Tomando en cuenta las tipologías más amplias, se describen a continuación, y de forma breve, otros tipos de malos tratos presentes en la literatura. El síndrome de Munchausen por poderes se describe como la simulación de un conjunto de síntomas clínicos por uno de los cuidadores, normalmente la madre, con el fin de crear en el niño un cuadro clínico que requiera hospitalizaciones e internaciones frecuentes (Canha, 2008).

El maltrato institucional se refiere a cualquier legislación, programa o procedimiento realizado por acción u omisión, de forma directa o indirecta, por parte del Estado o privados, así como de sus empleados, y que ponga en causa los derechos del menor (por ejemplo, el retraso en la tramitación del proceso de adopción del menor) (Aisa, et al., 2000). Por su parte, el abuso perinatal se define como las circunstancias de

la vida de la progenitora o sus comportamientos que, de manera voluntaria o negligente, perjudican el embarazo y el desarrollo del feto (ídem).

Relativamente a la cuestión del maltrato, se encuentran en la literatura tasas de prevalencia que varían entre valores próximos de cero (Sibert et al., 2002, citado por Stoltenborgh, 2015) y valores superiores a 90% (Meston, et. al, 1999, citado por Stoltenborgh, 2015).

Estudios realizados a nivel mundial, con muestras comunitarias indican tasas de prevalencia en el orden del 22.9% para el maltrato físico, 29.1% para el maltrato psicológico, el 13.4% en niñas víctimas de abuso sexual y 5.7 % en los niños víctimas de abuso sexual, el 16.3% para la negligencia física y el 18.4% para la negligencia emocional (Sethi, Bellis, Hughes, Gilbert, Mitis y Galea, 2013).

Stoltenborgh y colaboradores (2015), en un estudio de revisión sistemática de la literatura sobre las tasas de prevalencia a nivel mundial de los diferentes tipos de malos tratos en la infancia y en la adolescencia, encontraron que el abuso emocional es el tipo de maltrato más frecuente, con una tasa de prevalencia de 363/1000, seguido por el abuso físico con un valor de 226/1000, la negligencia emocional y física a una tasa de 182/1000 y 163/1000, respectivamente, y el abuso sexual con un valor de 127/1000. También se desprende de este estudio que el continente africano es el que tiene mayores tasas de victimización en relación con el abuso sexual femenino, con un valor de 20.2%, siguiéndose de América del Norte con 20.1% y Europa con 13.5%. En cuanto al abuso sexual masculino, es igualmente en el continente africano donde la tasa de prevalencia es más elevada, con un valor de 19.3%, seguido de América del Sur con 13.8% y de Europa con 8% (ídem). Con respecto a la tasa de prevalencia para el abuso físico, las estimaciones más elevadas corresponden a América del Sur con una tasa del 54.8%, seguida de América del Norte con un valor del 24% y en tercero de Europa con el 22.

9%. La mayor tasa de prevalencia para el abuso emocional se encuentra en el continente africano, con un valor de 46.7%, seguido de Asia, América del Norte y Europa, con tasas del 41.6%, 36.5% y 29.2%, respectivamente. Por último, la negligencia presenta valores más bajos, en comparación con otros tipos de malos tratos, identificándose tasas en torno de 19.5% y 14.5% en América del Sur y África, respectivamente, y un 6.5% en Europa, en cuanto al primer tipo de abuso.

En otro estudio de revisión sistemática de la literatura llevado a cabo en el año de 2014 a nivel mundial, donde se buscó conocer las tasas de prevalencia mínima de la violencia contra los niños entre los dos y 14 años de edad, fueron identificados valores que exceden el 60% en América del Norte, 60% en América Latina, el 70% en Europa y 80% en Asia y África (Hillis, Mercy, Amobi y Kress, 2016).

En Portugal, estudios indican que la prevalencia de los malos tratos varía entre el 15% y el 50% (Maia, 2006), valores muy dispares que comprometen un conocimiento riguroso del fenómeno. Uno de los estudios pioneros sobre el tema del maltrato en la población portuguesa lo condujo Almeida, André y Almeida (2002) y concluyó que la categoría con mayor prevalencia fue la negligencia, con 179 casos, siguiéndose por el abuso emocional, con 149 casos. Figueiredo, Bifulco, Paiva, Maia, Fernandes y Matos (2004) efectuaron el primer estudio retrospectivo de auto-relato en la población portuguesa, con una muestra de 932 padres, habiendo identificado una tasa de prevalencia del abuso físico ligero del 73%, mientras 9.5% de los sujetos reportaron casos de abuso físico severo. Machado, Gonçalves, Matos y Dias (2007) desarrollaron otro estudio de referencia efectuado en la población portuguesa, con una muestra representativa de 2391 padres, siendo que el 25% de los participantes reportaron haber cometido actos de abuso emocional o físico con relación a los niños. En este mismo estudio se identificó una tasa de prevalencia de abuso físico del 12.3%, un valor más

elevado comparativamente con los resultados encontrados en otros países de Europa, como Inglaterra (Hazel et al., 2003) e Italia (Bardi y Borgognini-Tarli, 2001), ambos países con valores del 9%. Por otro lado, el 23.7% de los participantes declararon que habían practicado, a lo largo del último año, comportamientos emocionales abusivos contra niños.

1.3.2. Victimización sexual

La victimización sexual en la infancia y adolescencia se refiere a todas las formas de violencia cometidas con propósito sexualizado de que puede ser víctima un niño o adolescente, y se compone de varias conductas sexuales practicadas bajo coacción, manipulación, o uso de la violencia, entre los cuales se destaca el abuso sexual (Finkelhor, 2007).

1.3.2.1. Abuso sexual

El abuso sexual es una forma de violencia que atenta a la integridad física y psicológica del niño, incluyendo por eso, abuso físico y psicológico (Haugaard, 2000). Se estima que una de cada cuatro mujeres ha sido víctima de abuso sexual durante la infancia (Finkelhor, Hotaling, Lewis y Smith, 1990).

Su definición permite crear directrices para la operacionalización del concepto y, por consiguiente, facilitar la identificación de situaciones de esta naturaleza. Se caracteriza por el involucramiento del niño en prácticas de carácter sexual impuestas por un adulto (padres, cuidadores, familiares o desconocidos), o por otro niño mayor que se encuentra en una posición de dominio, teniendo como finalidad la satisfacción sexual.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, el abuso sexual comprende (OMS, 2006):

el involucramiento de un niño en actividades sexuales que este no comprenda, a las cuales no tenga capacidad para dar su consentimiento informado, para las cuales no esté preparado, desde el punto de vista de su estadio de desarrollo, o aún en actividades sexuales que constituyan una violación de las leyes o normas sociales de una determinada sociedad (p. 10).

Para Díaz Huertas (2001), el abuso sexual se caracteriza por la implicación de un menor de edad en actividades sexuales, con el propósito de satisfacer las necesidades sexuales de un adulto.

Finkelhor (1979) describe esta forma de violencia como toda y cualquier actividad o contacto sexual en que el consentimiento no existe o no puede ser dado, en virtud de la edad y de la inmadurez en el desarrollo de la víctima, lo que impide la comprensión de la actividad sexual por parte de éste, pudiendo ser practicado con el empleo de la fuerza y el engaño. Más recientemente, el mismo autor (Finkelhor, 2009) define el abuso sexual como los diversos crímenes e infracciones sexuales cometidos contra niños con edades hasta los 17 años, por individuos que se saben ser desconocidos del niño, sean ellos adultos u otros niños o jóvenes. Comprende actos de no-contacto físico, como el exhibicionismo, el involucramiento de los menores en la producción de pornografía y conductas delictivas, tales como el toque/caricia sexual y actos de penetración.

Arruabarrena y de Paul (2011, p. 33) definen esta forma de abuso como *“cualquier clase de contactos sexuales con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño”*.

Finkelhor y Hotaling (1984) indican dos criterios para la ocurrencia del abuso sexual, la presencia de estrategias de coerción y la asimetría de edad. La coacción se concretiza mediante el uso de estrategias implícitas (ej., presión, engaño, sorpresa y

seducción), o explícitas (ej., la fuerza física) por parte del abusador, para conseguir practicar el comportamiento de naturaleza sexual. Por otro lado, la asimetría de edades entre agresor y víctima y consecuentemente la desigualdad en materia de desarrollo físico, emocional o cognitivo entre estos, colocan al niño en una situación de fragilidad e incapacidad de consentir la práctica de actos de naturaleza sexual, limitando su capacidad de autodeterminación sexual. Esta diferencia de edad será de al menos cinco años si el menor tiene menos de 12 años, y 10 años si la víctima tiene entre 13 y 16 años.

En cuanto al límite de edad de las víctimas, algunos autores consideran los 18 años, otros los 17 años, mientras que otros se quedan en los 16 años. En Portugal, a nivel legal o al nivel de servicios de promoción y protección de los niños, la edad límite instituida para la comprobación de un crimen de abuso sexual es que la víctima tenga hasta 14 años, sin embargo, en España el límite de edad es menos un año, o sea, 13 años de edad (Código Penal Español, 2016). Con respecto a la imputabilidad criminal de los abusadores, tanto en Portugal como en España, la edad mínima es de 16 años (Lopes y Milheiro, 2015).

Sin embargo, en la literatura es posible aún identificar otro criterio para la definición de abuso sexual y que se refiere al tipo de contactos sexuales mantenidos entre el abusador y la víctima, pudiendo tratarse de actos con o sin contacto físico.

Los actos con contacto físico pueden ser de dos tipos:

- a) Contacto físico: realizado a través del toque en las zonas erógenas del niño, forzando, incentivando o permitiendo que el niño lo haga en las zonas erógenas del adulto (ej., caricias, masturbación);
- b) Acto sexual: ocurre con la penetración (oral, vaginal o anal) del órgano sexual masculino, o con objetos o partes del cuerpo.

Sin contacto físico: incluye los casos de seducción verbal explícita, actos de carácter exhibicionista (exposición de los órganos sexuales) con el fin de obtener gratificación o excitación sexual y masturbación, o realización intencional del acto sexual en presencia del niño (pornografía) (Montaño, 2011), véase el Cuadro 3.

Cuadro 3. Tipos de victimización sexual (adaptado de Diaz Huertas, 2001, p. 143)

Conductas físicas	Con contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violación: penetración en la vagina, ano o boca, a través del uso de la fuerza física o amenaza grave; 2. Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano; 3. Penetración vaginal o anal con el pene; 4. Penetración vaginal o anal con un objeto; 5. Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración; 6. Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo; 7. Contacto genital oral; 8. Involucrar al niño en contactos sexuales con animales.
	Sin contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propuestas verbales de actividad sexual explícita; 2. Exhibicionismo: mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada; 3. Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Por ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito, ver pornografía; 4. Falsas alegaciones.
Explotación sexual		<ol style="list-style-type: none"> 1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía; 2. Promover la prostitución infantil; 3. Turismo sexual.
Culturales		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ablación quirúrgica del clítoris; 2. Casamiento de niños sin su consentimiento.
Omisión		<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento pasivo; 2. No atender a las necesidades del niño y a su protección e área de la sexualidad.

En resumen, el abuso sexual se entiende como una imposición que resulta de la asimetría de poder entre el abusador y víctima, sea por la diferencia de papeles, de edad, por el uso de la fuerza física, o sea como resultado del diferencial de la propia capacidad de desarrollo (Cohen y Mannarino, 1997).

Este tipo de abuso puede tener carácter intrafamiliar cuando es perpetrado por un miembro de la familia, independientemente de su grado de parentesco, o extrafamiliar si perpetrado por alguien sin ningún vínculo de parentesco, pudiendo ser conocido o desconocido para la víctima (ej., maestro, amigo de la familia, monitor) (Corsi, 2003; Soeiro, 2002).

Del punto de vista jurídico penal, la victimización sexual de menores comprende diversas conductas que se encuentran penalmente criminalizadas y que están contempladas en la Sección II del Capítulo V de los crímenes contra la libertad y la autodeterminación sexual, cf. CP (2016).

Una vez que nuestro objeto de estudio se limita a los niños y adolescentes, es decir, menores de edad, sólo nos detendremos en los crímenes contra autodeterminación sexual y que hacen referencia a los art. 171º a 176-A do (CP, 2016), en número de siete: i) Abuso sexual de niños (art.º 171); ii) Abuso sexual de menores dependientes (art.º 172); iii) Actos sexuales con adolescentes (art.º 173); iv) Recurso a la prostitución de menores (art.º 174); v) Lenocinio de menores (art.º 175); vi) Pornografía de menores (art.º 176) y vii) Inducción de menores para fines sexuales (art.º 176-A).

Los crímenes contra la autodeterminación sexual comprenden las:

conductas que inciden en las víctimas, atendiendo a la edad, entendiéndose que no estén en condiciones de autodeterminarse sexualmente todavía, por lo que incluso en la ausencia de cualquier medio explícitamente violento, de coacción o fraudulento, serán susceptibles de perjudicar el libre desarrollo de su madurez y vidas sexuales. (Carmo, Alberto y Guerra, 2006, p. 36).

En resumen, podemos decir que la operacionalización del concepto de abuso sexual no es ni consensual ni inequívoca, y está influenciada por aspectos culturales, así

como por la perspectiva a través de la cual se evalúa, ya sea jurídica, médica, psicológica, social.

Sin embargo, existen principios que guían, mediante los cuales es posible su detección, incluyendo el uso de la coacción que se concretiza por la presión, autoridad o engaño del niño, con el intuito de tomar el menor a la práctica de contactos sexuales; la asimetría de edad entre abusador y víctima y, finalmente, por el tipo de prácticas sexuales mantenidas entre estos intervinientes y que pueden tomar la forma de actos con o sin contacto físico. No obstante, se considera criterio suficiente para estar delante de un caso de abuso sexual el uso de la coerción para imponer conductas de naturaleza sexual a un niño, independientemente del diferencial de edad entre el abusador y la víctima y del tipo de comportamientos sexualizados.

En cuanto a la prevalencia del fenómeno, los datos descritos en la literatura muestran una gran variabilidad, dificultando el conocimiento de esta realidad. A pesar de todo, la victimización sexual de menores y el abuso sexual de los niños en particular, es unánimemente reconocida como un problema complejo y frecuente. Las estimaciones sobre el abuso sexual varían significativamente entre estudios, por un lado, debido a la diversidad de definiciones existentes, desde las más restrictivas a las más completas, así como en virtud de la metodología aplicada por los diversos autores, conduciendo a tasas muy diferentes (Finkelhor, 1994). Sin embargo, en los últimos años se ha verificado un acercamiento gradual entre las tasas de prevalencia identificadas en los diferentes estudios publicados.

Pereda, Guilera, Forns y Gomez-Benito (2009), en un trabajo de revisión de la literatura de 65 estudios sobre el abuso sexual de los niños, publicados entre 1965-2006, concluyeran que el 7.9% de los hombres y el 19.7% de las mujeres informaron haber

sido víctimas de alguna forma de abuso o agresión sexual, con o sin contacto físico, durante la infancia.

En otro metanálisis realizado por Stoltengorgh, van Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg (2011), en el que se revisaron 217 estudios publicados entre 1980-2008, englobando muestras de diferentes países a nivel mundial, ha permitido identificar una tasa de prevalencia para los hombres de 7.6%, mientras que, para las mujeres, el 18% relataron haber sido víctimas de abuso o agresión sexual durante la infancia. Por fin, una revisión de la literatura más actual que remite a trabajos publicados entre 2002-2009, efectuados con base en 55 estudios con muestras provenientes de 24 países, concluyó que el 8% de los hombres y el 15% de las mujeres han sufrido abusos de naturaleza sexual con y sin contacto físico, durante la infancia (Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2014).

Con respecto a estudios con muestras de menores, Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby (2013), en una investigación llevada a cabo con adolescentes con edades entre 15 a 17 años, encontraron que el 26.6% de las niñas y el 5.1% de los niños de la muestra relataron haber sido victimizados sexualmente a lo largo de la vida. Los mismos autores (Finkelhor et al., 2015), en un estudio subsiguiente con una muestra de 4.000 niños y adolescentes con edades entre los cero y los 17 años, el 4.1% de chicos y el 5.8% de las niñas afirmaron haber sido víctimas de agresión o abuso sexual en el último año.

En Portugal, un estudio retrospectivo realizado por Mateus (2012), con una muestra de 200 adultos de entre 18 y 30 años de edad, identificó una tasa de prevalencia de abuso sexual de un 14.5%, siendo que el 15.9% de las víctimas fueran mujeres y 11.7% hombres. Un otro estudio que tuvo como objetivo identificar la tasa de prevalencia del abuso sexual en Portugal, desarrollado por Martins (2012), con una muestra de 200 adultos de edades comprendidas entre 18 y 30 años, identificó valores

ligeramente más elevados, en comparación con el estudio descrito anteriormente, puesto que el 15.5% de la muestra total dice haber sido víctima de abuso sexual de niños, y de éstos, el 17.4% fueran mujeres y el 9.8% hombres.

En España, Pereda, Guilera y Abad (2014a), en un estudio que buscaba conocer la tasa de victimización sexual en una muestra normativa de adolescentes entre 12 y 17 años, encontraron una tasa de prevalencia del 14.7%, siendo que los chicos presentaron valores de 4.1% y las niñas de 10.6%. También en España, un estudio desarrollado por Soler, Paretilla, Kirchner y Forns (2012), con una muestra comunitaria de adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 18 años, identificó tasas de victimización sexual de 10.7% en niños y 22.4% en las niñas.

En cuanto a la prevalencia del fenómeno en muestras de riesgo, específicamente niños y adolescentes institucionalizados, las estimativas son significativamente más elevadas. Segura, Pereda, Abad y Guilera (2015), en un estudio llevado a cabo en este país, identificaron valores totales de victimización sexual a lo largo de la vida de 29.5%, de los cuales el 14.1% son niños y el 44.6% son niñas, mientras que en el último año el 12.4% de la muestra total relató haber sido víctima sexualmente, y de éstos, el 6.3% eran niños y el 18.5% niñas.

1.3.2.2. Otras formas de victimización sexual

Además de abuso sexual existen otras formas de victimización sexual contra los niños, en particular las que se describen brevemente a continuación.

Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento;

Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico;

Explotación sexual infantil: una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Dentro de la explotación sexual infantil existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencias: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil, pornografía de menores (Pereda, Abad y Guilera, 2012).

1.3.3. Victimización entre iguales y hermanos

La victimización entre pares se refiere a las experiencias abusivas repetidas, practicadas entre los niños o adolescentes, en el que alguien más fuerte o en mayor número abusa física, psicológica o sexualmente de una víctima. En el caso de la victimización entre hermanos existe una relación de parentesco entre el abusador y la víctima (Finkelhor, Turner y Hamby, 2012). Dentro de esta categoría destacamos dos formas de victimización: el *bullying* y la violencia entre hermanos, que se producen en dos contextos preferenciales, la primera tiene lugar en contexto escolar mientras que la segunda en contexto familiar (Sansen, Iffland y Neuner, 2014).

Ambas formas de victimización se han subestimado y considerado como un fenómeno normativo y potencialmente no perjudicial debido a que sus intervinientes son niños y jóvenes (Finkelhor et al., 2006). No obstante, la victimización entre pares es un fenómeno complejo que se manifiesta en diversas formas, siendo esencial para su comprensión la correcta operacionalización del concepto a nivel de prevalencia e impacto.

1.3.3.1. *Bullying* o violencia entre iguales

La intimidación se refiere a un comportamiento intencional, prolongado y repetitivo que puede ocurrir en la forma de agresiones directas o indirectas, practicado en relación a un sujeto más débil o con bajo estatuto entre el grupo de pares (Olweus y Limber, 2010).

Según Olweus (1993, p. 9) "*se está intimidando o victimizando a un estudiante cuando él o ella es expuesto, repetidamente y a lo largo del tiempo, a acciones negativas por parte de uno o más alumnos*". Estas acciones negativas se caracterizan por tener un carácter de intencionalidad y el propósito de causar daño o malestar a otra persona, pudiendo incluir violencia física y verbal o ser practicadas de forma indirecta, a través de gestos, difundiendo rumores, o por medio de exclusión intencional del grupo de pares (Olweus, 1995).

Del análisis de este fenómeno se constata que se trata de un tipo de violencia de naturaleza grupal, que ocurre en contexto escolar, en el que participan varios intervinientes además del agresor y de la víctima, y que conducen al mantenimiento del fenómeno (Espelage y Swearer, 2009).

Olweus (2003) identifica ocho papeles que pueden existir en el designado círculo del *bullying*:

- 1) La víctima - es el alumno que está expuesto, habitualmente son niños o adolescentes socialmente más aislados, con baja autoestima y que revelan inseguridad;
- 2) El agresor o *bully* - es el estudiante que se inicia *el bullying*, desempeña una función activa en este proceso, asume un papel de liderazgo y es generalmente de sexo masculino;

- 3) Los seguidores - tienen un papel activo en el *bullying*, pero no inician la violencia;
- 4) Los partidarios (*bullies* pasivos) – Apoyan el *bullying*, pero no desempeñan un papel activo;
- 5) Los partidarios pasivos - apoyan el *bullying*, pero no muestran un apoyo explícito;
- 6) Espectadores no implicados - observan lo que sucede, pero no toman parte;
- 7) Posibles defensores - no apoyan el *bullying* y piensan en ayudar, pero no lo hacen;
- 8) Defensores de las víctimas - no están de acuerdo con el *bullying* y ayudan o intentan de ayudar a la víctima.

De acuerdo con el tipo de comportamiento practicado por el agresor, Olweus (1997) propone dos categorías de *bullying*:

- 1) Directo o abierto: se refiere a las interacciones o confrontaciones, físicas o verbales, entre el abusador y la víctima e incluye agresiones físicas, por ejemplo, golpear o amenazar con hacerlo, robar o estropear los objetos de colegas, forzar a la práctica de actos sexuales, obligar a los colegas a realizar tareas en contra de su voluntad; y los ataques verbales, por ejemplo: insultar, asignar apodos peyorativos, burlarse o hacer comentarios racistas o que acentúen algún aspecto negativo del colega.
- 2) Indirecta o relacional: comprende excluir elementos del grupo de pares, difundir rumores sobre los colegas con el fin de destruir su reputación y en general manipular la vida social de estos.

Sin embargo, a través del tiempo han ido emergiendo en la literatura otras clasificaciones, atendiendo a los comportamientos violentos practicados, extendiéndose

los comportamientos típicos de *bullying* descritos inicialmente, o sea, agresiones físicas, pasando a considerarse los comportamientos verbales (por ejemplo, apodos peyorativos, insultar) e indirectos (por ejemplo, difundir rumores maliciosos, excluir a alguien de un grupo social) (Smith y Ananiadou, 2003). En el Cuadro 3 se describen las principales formas de *bullying* y los comportamientos que le están asociados.

Cuadro 4. Tipos de *bullying* y comportamientos asociados (adaptado de Smith y Ananiadou, 2003 y Rigby, 2007).

Tipo de comportamiento	Directo	Indirecto
Físico	Pegar, golpear, robar o dañar objetos personales.	Robar, romper o esconder objetos.
Verbal	Nombres peyorativos, insultar, provocar, comentarios peyorativos.	Criticar; Difundir falsos rumores.
Indirecto o relacional	Gestos amenazadores y obscenos.	Ignorar; Ningunear.

Cuanto a la prevalencia del fenómeno, y a pesar de la dificultad en su determinación debido a las diferentes definiciones propuestas en la literatura, así como por la variedad de medidas utilizadas y de sus resultados, los estudios indican valores de prevalencia entre el 7% y el 35% en países de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón (Smith, 1999).

Sin embargo, estudios más recientes estiman valores ligeramente más bajos con respecto a la prevalencia máxima que oscilan entre 10% y 30%, estimándose que, de estos, el 10% sean víctimas (Olweus, 2003; Solberg y Olweus, 2003).

Un estudio realizado por Chester y colaboradores (2015), donde fueron evaluadas las tasas de prevalencia en 33 países en todo el mundo, incluyendo Europa, Estados Unidos y Canadá, indica una disminución general de las tasas de prevalencia de este tipo de victimización, pasando de 33.5% entre los años de 2001-2002 al 29.2% en 2009-2010.

En resumen, el *bullying* se refiere a comportamientos agresivos de diferentes tipos, no sólo físicos sino también verbales e indirectos o subliminales, ocurre como resultado de una relación de desequilibrio de poder entre el agresor o *bully* y la víctima, presenta un carácter repetitivo y perdura en el tiempo. Su ocurrencia puede conducir a procesos de victimización cuyas consecuencias socavan el desarrollo normativo de sus víctimas (Olwues, 2005).

1.3.3.2. Victimización entre hermanos

La violencia entre hermanos es una de las formas de violencia menos estudiada y reconocida como tal, en comparación con otras formas de violencia interpersonal. Presupone la existencia de una relación fraternal entre abusador y víctima y la ocurrencia de episodios de victimización en el contexto familiar. Es, por regla general, la relación más larga dentro de las relaciones familiares (Hoffman y Edwards, 2004).

Para Caffaro y Conn-Caffaro (1998), esta forma de violencia se caracteriza por un patrón repetido e intencional de agresión practicado por un hermano con respecto al otro, impulsado por una necesidad emocional interna de poder y control.

Estos comportamientos pueden ser practicados a través de violencia física, psicológica y sexual. Estamos ante situaciones de violencia física cuando un hermano, deliberadamente, causa lesiones o la muerte a otro, practicando actos como empujar, tirar del pelo, arañar, pellizcar, golpear, agredir con objetos o manejar armas (Caffaro y Conn-Caffaro, 1998; Wiehe, 1997). Además de éstos, existen formas violentas de jugar que pueden provocar secuelas en la víctima y que son considerados comportamientos violentos (ej., sumergir la cabeza en agua durante algunos segundos impidiéndole de respirar) (Wiehe, 1998).

Por otro lado, existen formas más graves de violencia física cometidas entre hermanos, en que son utilizados objetos para practicar los actos violentos, por ejemplo, escobas, mangueras, perchas, cepillos para el pelo, cinturones, cuchillos, navajas de afeitar (Wiehe, 2002), así como lesiones que implican un tratamiento médico (ej., quemaduras, miembros quebrados y perforaciones que requieren tratamiento médico), comportamientos practicados de forma intencional y que causen lesiones y dolor en la víctima (Khan y Cooke, 2008).

La violencia o abuso psicológico es otra de las formas de violencia que ocurre entre hermanos, siendo probablemente la más frecuente, sin embargo, la más difícil de definir y por lo tanto de identificar, teniendo en cuenta la ausencia de lesiones físicas visibles, así como por la sutileza de los actos practicados. Engloba comportamientos de negligencia, actitudes y comentarios despectivos con el intuito de ridiculizar, amenazar o aterrorizar a su hermano, o incluso explotar y destruir los bienes personales. Por último, el abuso o violencia sexual entre hermanos remite hacia un comportamiento de naturaleza sexual, con o sin contacto físico, para el cual la víctima no estaba preparada a nivel de desarrollo y, no siendo transitorio ni motivado por la curiosidad propia del abusador, implica un diferencial de poder y de edad entre el agresor y la víctima, y un comportamiento coercitivo ejercido en la práctica de este tipo de violencia (Caffaro y Conn-Caffaro, 1998).

Esta forma de violencia presenta la mayor tasa de prevalencia de victimizaciones en entorno familiar, explicada por la proximidad existente, tanto física como relacional, entre la víctima y el agresor, bien como por el hecho de que los comportamientos abusivos perpetrado son considerados por los adultos actos de menor importancia y gravedad, de mera rivalidad, siendo vistos como normales y no una verdadera forma de agresión y la violencia (Wiehe, 1997).

La experiencia de episodios de violencia por parte de los hermanos se reduce con la entrada en la adolescencia, sin embargo, a pesar de este descenso, aumenta la severidad de los actos practicados (ej., lesiones o el uso de armas). Esta tendencia se explica por el hecho de que cuando se inicia el período de la adolescencia, el foco de interés de la persona se convierte en el grupo de amigos, mientras que la familia es relegada a un plano secundario (Tucker, Finkelhor, Turner y Shattuck, 2014).

Aunque éste sea un fenómeno poco estudiado por los motivos ya mencionados, la convicción general de los investigadores es que este tipo de victimización tiene una elevada prevalencia, especialmente antes del inicio de la adolescencia.

Un estudio conducido en los Estados Unidos por Steinmetz (1977, citado por Costa, 2013), en que participaron 57 familias que tenían hijos menores de edad, llegó a la conclusión de que, de aquellos que tenían edad inferior a nueve años, el 70% dijeron haber sido víctima de algún tipo de violencia física, mientras que de los que tenían más de nueve años, el 68% afirmaron haber sido víctima del mismo tipo de violencia por parte de un hermano.

Un estudio más reciente de Tucker, Finkelhor, Shattuck y Turner (2013), con una muestra de 4549 niños y jóvenes de edades comprendidas entre un mes y 17 años, residente en los Estados Unidos de América, cuyo objetivo fue, entre otros, conocer la tasa de prevalencia de la victimización entre hermanos en el último año. Los resultados identificados mostraron una tasa de prevalencia del 37.6% de la muestra total, siendo que el grupo de edades donde ocurrió el mayor número de victimizaciones fue de entre seis y nueve años de edad, con una tasa del 46%. Con relación a los tipos de victimización sufridos, el 32% de los participantes reportaron haber sido víctimas de algún acto de agresión física, mientras que el 6.3% dijeron que habían sido víctimas de

algún tipo de vandalismo y el 2.7% de los participantes informaron haber sido víctimas de violencia psicológica.

En Portugal, Relva, Fernandes, Alarcão y Martins (2014), en un estudio retrospectivo donde participaron 588 estudiantes universitarios con una edad media de 20 años, se encontró que cerca del 88% de los participantes declaró haber perpetrado violencia psicológica contra su hermano, mientras que el 69% reportó haber practicado violencia física y, finalmente, el 6% de los participantes dijo que cometió actos de violencia sexual contra el hermano, para el período de referencia de 13 años.

En cuanto a la prevalencia de la victimización, los valores encontrados para esta muestra fueron próximos a los de perpetración, siendo que 87% de los participantes ha referido haber sido victimizado psicológicamente por un hermano, mientras que el 69% afirmó haber sufrido violencia física y el 8% haber sido víctima de violencia sexual.

1.3.4. Violencia en las relaciones de noviazgo

En este punto nos dedicaremos al análisis de la violencia en las relaciones de parejas jóvenes. Al igual que la violencia en parejas más viejas, la violencia que ocurre entre parejas jóvenes constituye una grave preocupación, dada su prevalencia y las consecuencias que la vivencia de estas experiencias puede implicar en la vida de sus víctimas.

Es durante la adolescencia que habitualmente se establecen las primeras relaciones de intimidad y se establecen los patrones relacionales que podrán determinar el modo de relacionamiento futuro (González-Ortega, Echeburúa y Corral, 2008). Este tipo de relaciones contribuye significativamente al bienestar y ajuste psicológico de los individuos y, por lo tanto, representan una gran importancia en la construcción de la

personalidad (González, Muñoz-Rivas, Peña, Gámez y Fernández, 2007). Las relaciones conflictivas y violentas que ocurren en esta etapa del desarrollo se producen en el contexto íntimo o romántico, teniendo su inicio en la adolescencia y pudiendo prolongarse hasta la edad adulta (Teten, Ball, Valle, Noonan y Rosenbluth, 2009).

Según la Asociación Portuguesa de Apoyo a la Víctima (APAV) (2011), la violencia en el noviazgo se caracteriza por los actos violentos que ocurren entre parejas o novios, cometidos por uno o por ambos, con el fin de controlar, dominar y ejercer poder sobre el otro. Esta forma de violencia se caracteriza por la ocurrencia de distintos comportamientos de naturaleza abusiva, a saber, físicos, psicológicos, emocionales, sexuales y verbales. Pueden variar desde formas más leves (ej., empujones, gritos insultos) a las más severas (ej., lesiones corporales graves, la muerte) (Corral, 2009), pudiendo ser perpetrada por la pareja o novio/a del mismo sexo, o del sexo opuesto (Saltzman, Fanslow, McMahon y Shelley, 1999).

Al igual que en otros conceptos aquí estudiados, también la definición de lo que es y en lo que consiste la violencia en las relaciones de noviazgo resulta ser un tema complejo, que varía de autor a autor y por eso los resultados de prevalencia.

Corral (2009) señala tres aspectos que caracterizan las relaciones de pareja en la adolescencia: la violencia está presente en esta etapa de desarrollo; las formas menos severas de violencia son las más comunes; y la violencia tiende a ser bidireccional. La violencia psicológica es la que tiene una tasa de prevalencia más elevada, en comparación con las demás, siendo el género femenino el que presenta mayor frecuencia en la perpetración y victimización de este tipo de violencia.

Uno de los mayores obstáculos para la señalización y el seguimiento de los casos de victimización que resultan de relaciones de noviazgo abusivas, está relacionado con el hecho de que las víctimas no perciben el comportamiento de sus parejas como

siendo actos violentos (González-Ortega et. al., 2008). A pesar de ser considerado un tema preocupante, se verifica que la mayor parte de los estudios realizados están direccionados para muestras de jóvenes adultos, lo que dificulta el conocimiento profundizado de esta problemática en muestras de adolescentes.

Makepeace (1981), en un estudio pionero en una muestra de alumnos de secundaria, cuyo objetivo fue estudiar la violencia en las relaciones íntimas en la adolescencia, concluyó que uno de cada cinco estudiantes era víctima de este tipo de violencia y 61% de la muestra dijo conocer a otros jóvenes víctimas de este tipo de experiencia abusiva. Posteriormente Hird (2000), en un estudio en que participaron estudiantes de secundaria, 14% de las adolescentes y el 15% de los adolescentes, afirmaron haber sido agredidos físicamente durante sus relaciones de noviazgo, considerando estas agresiones como algo normal y aceptable.

En Portugal, Caridade (2011), en un estudio realizado con una muestra de 4667 jóvenes con edades entre los 13 y los 19 que mantenían relaciones de noviazgo, ha encontrado tasas de victimización de 25.4%, para el último año. Entre los jóvenes participantes, 30.6% afirmaron haber mantenido comportamientos abusivos en relación al compañero(a). El tipo de violencia más común fue el abuso emocional con 19.5%, seguido de la violencia física con 13.4%.

En España, Muñoz-Rivas y colaboradores (2008), en un estudio donde participaron 5596 jóvenes con edades entre comprendidas entre los 16 y 26 años, han comprobado que para el grupo más joven (16-18 años), 38.1% afirmaron haber sido víctimas de agresión física leve por parte de su novio, en cuanto 2% de ellos han sufrido agresiones graves. Con respecto a la agresión psicológica y en el mismo grupo de edades, 92.3% de los participantes referirán haber sido víctimas de agresión verbal. Este ha sido el tipo de violencia más frecuente, tanto para este grupo de edad, como para la

totalidad de los participantes. Por último, con respecto a la agresión sexual, se destaca que el 16% de los adolescentes del grupo de 16-18 años, han relatado haber sufrido este tipo de violencia.

Los estudios analizados permiten percibir la dimensión de este fenómeno y la necesidad de una intervención urgente por parte de los organismos responsables direccionada a víctimas, agresores, familias y comunidad en general, con vista a una disminución de las conductas violentas en este contexto.

1.3.5. Testimonio o exposición a violencia

La exposición de los niños y adolescentes a la violencia se reconoce como un problema de salud pública, tal es la magnitud del fenómeno y sus consecuencias (Krug et al., 2002). Estos individuos están expuestos diariamente a muchas formas de violencia interpersonal, ya sea en el contexto familiar o comunitario, de forma directa o indirecta (Kitzmann, et al., 2003). En este punto desarrollaremos los aspectos relacionados con la exposición indirecta o testigo de la violencia, desde la perspectiva de los niños y adolescentes.

Para Zimmerman y Posick (2016) este tipo de exposición o testimonio se refiere al hecho de escuchar hablar sobre la victimización a través de un miembro de la familia, amigo o vecino, o incluso asistir a los actos de violencia, los cuales no están dirigidos a si, por lo que asumen el papel de testigos de esos comportamientos violentos (Buka, Stichick, Birdstley y Earls, 2001, citado por Izaskun y Calvete, 2010).

Para Margolin y Gordis (2000), estar expuesto a la violencia o ser testigo de violencia significa asistir a los episodios violentos, por ejemplo, discusiones entre familiares, tener conocimiento de que las mismas ocurrieran, o porque vio marcas o lesiones resultantes de agresiones en un familiar o en un compañero o amigo.

En el mismo sentido, Sani (2002) defiende que la exposición o testigo de violencia traduce la experiencia de ver, oír o convivir de cerca con situaciones violentas. La autora denomina a estas víctimas como "víctimas indirectas", caracterizándolas como siendo *“todas las personas que, aunque nunca han sido víctimas de crímenes o mantengan relaciones estrechas con personas que lo fueran, manifiestan simplemente una gran preocupación por el crimen y por la ocurrencia de restricciones en sus vidas”* (Sani, 2011, p. 39). Se refieren, por ejemplo, a algunas de las experiencias de testigo de violencia experimentadas por los niños y adolescentes, tal como ser víctima de violencia interparental, violencia doméstica o de violencia en la comunidad (ej., atentados, tiroteos, *bullying*).

1.3.5.1. Violencia interparental

La violencia interparental se caracteriza por la exposición del niño a situaciones de violencia entre los padres (Cunningham y Baker, 2004). Esta exposición puede ser directa, en que el niño asiste a los abusos (ej., observando u oyendo las agresiones) practicados por uno de los padres sobre el otro, o por ambos; o indirecta (ej., teniendo conocimiento de los abusos por los intervinientes) (Cunningham y Baker, 2007).

La exposición indirecta a la violencia interparental es considerada por muchos autores como forma de maltrato psicológico (McGee y Wolfe, 1991; Peled y Davies, 1995; Somer y Braunstein, 1999, citado en Kitzmann et al., 2003), ya que los ataques repetidos que el niño sufre por parte de los padres puede afectar negativamente su existencia (Trocme y Wolfe, 2001, citado en Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz, 2009).

La exposición a este tipo de violencia se caracteriza por situaciones conflictivas frecuentes, intensas y duraderas entre las figuras parentales, “*se considera una variable de alto impacto*” (Iraurgi, Martínez-Pampliega, Sanz, Cosgaya, Galíndez, y Munoz, 2008, p.10). De este modo, los hijos de mujeres víctimas de violencia en la pareja presentan riesgo sustancial de manifestar problemas de conducta, comparativamente con hijos de familias no violentas (Jouriles, McDonald, Norwood, Ware, Spiller y Swank, 1998). Margolin, Vickerman, Oliver y Gordis (2010) encontraron que aproximadamente el 29% de los adolescentes son testigos de violencia interparental en sus hogares, mientras que cerca del 90% son testigos de episodios de violencia en la comunidad.

Diversos estudios concluyen que la exposición de niños y jóvenes a situaciones de violencia interparental aumenta el riesgo de problemas físicos y psicológicos (Emery, 1998; Fantuzzo et al., 1991; Hoden y Ritchie, 1991; Moore et al., 1989; Wolfe y Jaffe, 1991, citado en Cummings, Pepler y Moore, 1999). Se estima que hijos de mujeres maltratadas tengan de dos a cuatro veces más probabilidades de presentar problemas de comportamiento y patologías asociadas que niños pertenecientes a hogares no violentos (Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000). Además, estos hijos de familias violentas se encuentran más predispuestos a desarrollar conductas violentas durante la adolescencia, así como a perpetuar comportamientos violentos cuando adultos.

Strauss, Gelles y Steinmetz (1990, citado en Sani, 1999) presentan datos sobre esta problemática. A pesar de no ser exactos, debido a la dificultad de cuantificar estas variables, admiten que cerca de 40% de las víctimas de malos tratos físicos por parte de los padres también han sido testigos de situaciones de violencia interparental.

En Portugal, al igual que en España y en gran parte del mundo, esta problemática está adquiriendo mayor visibilidad e interés.

Almeida, André y Almeida (2002) desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo definir y caracterizar la prevalencia de las diferentes tipologías de malos tratos en la población infanto-juvenil portuguesa. Los resultados demostraron que, en la mitad de las situaciones de malos tratos identificadas, se encontraron evidencias de violencia conyugal por parte de los responsables del niño. Por su parte, Canha (2008) realizó un estudio prospectivo con niños a lo largo de cinco años y los resultados encontrados identificaron 78% del total de los niños participantes, como víctimas de malos tratos.

Sani (2003), en un estudio realizado sobre creencias y percepciones de niños víctimas de violencia interparental, afirma que la vivencia de situaciones de violencia constituye un acontecimiento *estresor* muy significativo en sus vidas. Estos niños y adolescentes que vivencian situaciones de violencia, ya sea en el ámbito familiar o en la comunidad, como víctimas directas o indirectas, pueden presentar problemas de ajustamiento a corto o largo plazo a distintos niveles, entre ellos físicos y de salud, psicológicos, en las relaciones sociales y en el rendimiento académico (Margolin y Gordis, 2000).

Las consecuencias de este tipo de victimización son conocidas y están bien documentadas en la literatura. En general son consecuencias comunes a otros tipos de violencia, como sean perturbaciones del comportamiento (ej., agresiones y comportamiento delincuente), perturbaciones emocionales del estado de ánimo (ej., depresión y ansiedad) perturbación de estrés postraumático (ej., pesadillas, *flashbacks*), problemas de salud, enfermedades psicosomáticas y problemas cognitivos (Zimmerman y Posick, 2016).

Aunque la exposición y testigo de violencia en la familia y en la comunidad comprometan el desarrollo de algunos niños, no todos ellos se muestran afectados

(Margolin y Gordis, 2004), existiendo casos en que sus resultados son semejantes, o incluso mejores que los de los niños no expuestos.

1.3.6. Otras formas de victimización

Como se ha expuesto en el comienzo de este capítulo, las victimizaciones derivadas de las relaciones interpersonales violentas son numerosas y pueden comprender una amplia lista de comportamientos y acciones. Más allá de las formas de victimización descritas anteriormente, existen las que resultan de la práctica de crímenes, ya sea por el grupo de pares, sea por los adultos, pudiendo ser denominadas de victimizaciones criminales.

Para Sammons (2009), el crimen es cualquier acto de acción u omisión punido por el sistema judicial, considerado de acuerdo con la sociedad y según los patrones culturales. En la misma línea, Carvalho (2009) afirma que los crímenes son una realidad jurídica, definidos por una Ley Penal, así como una realidad social y cultural, determinados por las conductas que constituyen el crimen en un determinado momento y contexto histórico, es decir, son criminalizados penalmente, pudiendo no serlo en otro contexto. Por lo expuesto, podemos afirmar que la noción de crimen comparte algunos aspectos con el concepto de victimización, ya que se verifica la violación de las normas sociales y se consubstancia en daños para el individuo.

Finkelhor (2008) sostiene que los niños y adolescentes son víctimas del mismo tipo de crímenes que los adultos, sin embargo, a éstos añaden otros específicos de este grupo de edad. Por otro lado, existen conductas que, dada la edad de las víctimas, son penalmente criminalizables (ej., abuso sexual de niños, pornografía de menores), mientras que otras, independientes de la edad, son consideradas crimen (ej., asesinato, lesiones a la integridad física, simples o graves, robo, hurto, daño).

En el presente estudio, y teniendo en cuenta el objeto definido, vamos a describir y analizar con más detalle victimizaciones criminales que, por sus consecuencias y prevalencia, alcanzan de forma más profunda a los niños y adolescentes. Los niños y adolescentes, a lo largo de su desarrollo vivencian diferentes experiencias de victimización que resultan de la práctica de comportamientos violentos de naturaleza física, psicológica y sexual, de forma más o menos recurrente, algunas de las cuales exclusivas de esta fase del desarrollo.

Cabe destacar de la revisión de la literatura efectuada, la escasez de datos estadísticos con respecto a las diversas tipologías criminales y, en particular, a las víctimas menores de edad. Por este motivo, vamos a presentar las principales categorías criminales y su prevalencia en este grupo de víctimas. Estas conductas encuentran correspondencia en el Código Penal Portugués (C P, 2016) a través de su tipificación criminal, donde se destacan los crímenes contra las personas y los crímenes contra la propiedad, los cuales integran la parte general del Código Penal de los crímenes contra la vida.

Atendiendo a su naturaleza, se insieren en la criminalidad violenta, ya que se refieren a las "*conductas que dolosamente se dirigen contra la vida, la integridad física*" (Ley n.º 48/2007 de 29 de agosto 15.^a alteración al Código de Proceso Penal, aprobado por el Decreto -Leí n.º 78/87, de 17 de febrero). Los crímenes contra las personas se caracterizan por ser acontecimientos negativos que ocurren de forma repentina, que provocan miedo e inseguridad, ponen en peligro la integridad física o psicológica del individuo y dejan a la víctima en una condición de vulnerabilidad emocional, incapaz de hacer frente a la situación través de sus propios recursos psicológicos habituales (Kilpatrick, Sauders, Amick-Mc-Mullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989, citado por Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

1.3.6.1. Crímenes contra la vida

Empezaremos por analizar los crímenes contra la vida, que constan en la Parte especial del C.P. Título I De los crímenes contra las personas - Capítulo I De los crímenes contra la vida, en que el bien jurídico tutelado es la vida: i) Homicidio (art.º 131), cualificado (art.º 132), privilegiado (art.º 133º) por negligencia (art.º 137); ii) Infanticidio (art.º 136); iii) Exposición u abandono (art.º 138).

El crimen de homicidio se insiere en el capítulo de crímenes contra la vida, se considera el crimen más censurable y oneroso y se caracteriza por ser "*el acto humano y voluntario o simplemente el resultado de conductas que origina la muerte de otro ser humano, cuando el comportamiento de la persona que la provoca que no es "justificado" dado el orden social vigente*" (Soares, 2011, p. 1).

De acuerdo con la OMS (2006), los niños más pequeños, de edades comprendidas entre cero y cuatro años de edad, presentan un riesgo mayor (más del doble) a ser víctimas de homicidios, en comparación con los niños de entre cinco y 14 años.

Se encuentran descritas en literatura varias tipologías para caracterizar el crimen de homicidio, entre ellas las que enfatizan el contexto, la relación víctima – agresor (conocidos/desconocidos, primaria – familiares, novios y amigos, o secundaria – conocidos y extraños) y la motivación para la perpetración. Teniendo en cuenta la relación víctima – agresor y el contexto en el que ocurren, los homicidios se pueden clasificar en intrafamiliares y extra familiares (Almeida, 2012).

Los homicidios intrafamiliares engloban al menos dos miembros de la familia, uno como víctima y el otro como agresor, existiendo diferentes categorías en función de los miembros implicados, a saber, el uxoricidio u homicidio conyugal, el matricidio, filicidio, neonaticidio, infanticidio, familicidio y el feminicidio. En el presente estudio,

y atendiendo a los grupos sociales estudiados, niños y adolescentes, se hace especial destaque al filicidio, neonaticidio y el infanticidio (Almeida, 2012).

Para Resnick (1969), el filicidio se caracteriza por la muerte de uno o más niños, por uno o ambos padres, independientemente de la edad de la víctima. El mismo autor propone la existencia de dos tipos más de filicidio, el neonaticidio que corresponde a la muerte del recién nacido en las primeras 24 horas de vida, y el infanticidio que respecta a los niños con menos de un año de edad.

En cuanto al crimen de homicidio cometido en el contexto extra familiar y, según Almeida (1999), se puede subdividir en intra doméstico y extra doméstico. El primero ocurre cuando la víctima cohabita con el homicida, aunque no sea formalmente un elemento integrante de la familia del homicida (ej., empleada doméstica, homicidio de la compañera del hermano), mientras que en el segundo, el homicida y la víctima no cohabitan. En este contexto, las victimizaciones que ocurren en consecuencia de este tipo de delitos, suelen resultar o de la violencia por parte de bandos que participan en conflictos armados o, por otro lado, debido a las prácticas punitivas violentas cuando institucionalizados o a la explotación sexual (UNICEF, 1999).

La literatura indica que la mayor parte de los casos de homicidio durante la infancia y la adolescencia es cometida por miembros de la familia, variando entre el 80% y el 90%, en especial por figuras parentales, la mayoría de las cuales son mujeres (D'Orban, 1990; Pritchard y Bagley, 2002; Somander y Rammer, 1991; Romain et al., 2003, citado por Pritchard y Sayer, 2008). En contraste, los homicidios cometidos por un conocido son mucho menos comunes y los casos en que el autor es completamente desconocido del menor es aún más raro (D'Orban, 1990; Somander y Rammer, 1991; Waterhouse et al., 1994; Pritchard y Bagley, 2001; Malphurs y Cohen, 2002; Romain et al., 2003; Moskowitz et al., 2005, citado por Pritchard y Sayer, 2008).

A nivel mundial, y de acuerdo con la UNICEF (2012), cerca de 95.000 niños y jóvenes con edad inferior a 19 años han sido víctimas de homicidio. La misma fuente indica que las regiones del mundo donde la tasa de homicidios es más elevada son América Latina y El Caribe, en cuanto la región con tasas más bajas es Europa, Central y Oriental. Estudios indican que los bebés y los niños más pequeños son el grupo que presenta mayor riesgo de ser víctimas de homicidio (UNICEF, 1999).

Estados Unidos de América, al contrario del resto de los países desarrollados, presenta tasas de homicidio más elevadas. Finkelhor y Ormrod (2001), a través del análisis de las estadísticas de justicia de los Estados Unidos de América entre 1980 y 1997, han concluido que la mayoría de los homicidios de los niños con edad entre cero y cinco años, se comete por miembros de la familia, en su mayoría las propias madres.

De señalar que es durante el primer año de vida, que los niños se encuentran en situación de mayor riesgo de poder llegar a ser víctimas de esta forma de violencia letal, bajando en la edad escolar. Estos actos son generalmente el resultado de situaciones de maltrato, motivaciones sexuales, o en consecuencia de múltiples homicidios familiares o accidentes con armas de fuego. Con respecto al homicidio en la adolescencia, presenta en su mayoría agresores del género masculino y se practica con recurso a arma de fuego.

En un estudio en el sur de Inglaterra, Pritchard y Bagley (2001) concluyeron que la mayoría de los crímenes de homicidio se perpetraban por los propios padres, en su mayoría madres, siendo que los padres biológicos, cuando cometían este crimen era generalmente seguido de suicidio.

En Portugal, la APAV (2014), en un análisis efectuado con base en información aportada por las víctimas que recurrieron a esa institución concluyó que, entre 2000 y 2012, en este tipo de crimen el porcentaje de niños y adolescentes

victimizadas con edades entre cero y 17 años fue del 2.9%, lo que corresponde a 18 víctimas.

1.3.6.2. Crímenes de lesiones a la integridad física

Siguiendo el orden establecido en el Código Penal Portugués, en el Capítulo III se enumeran los crímenes en contra de la integridad física, otra de las categorías criminales aquí abordadas: i) Lesiones a la integridad física simples (art.º 143) y grave (art.º 144) y cualificada (art.º 145); ii) Violencia doméstica (art.º 152); iii) Malos tratos (art.º 152-A).

Con base en el análisis a los crímenes de lesiones a la integridad física simples (art.º 143), este es el crimen fundamental a partir del cual se construyen las diversas variaciones, agravando (art.º 144), cualificando (art.º 145), incidiendo criterios de privilegio (artigo 146.º), de agravación por el resultado (artigo 147.º) y por negligencia (artigo 148.º) (Faria, 2012). El bien jurídico tutelado es la integridad física de la persona, con respecto a su dimensión física y psíquica (Pinto de Albuquerque, 2015).

Otro de los crímenes previstos en el CP es el de la violencia doméstica, p.p. en el art. º152 que, tras la reforma del Código Penal de 2007, pasó a estar autonomizado de los crímenes de lesiones a la integridad física y de malos tratos. Como se expone en el precepto legal (cf. art.º152 CP), este tipo de violencia puede implicar la existencia de diferentes relaciones entre agresor y víctima: cónyuge/ex cónyuge, pareja/ex pareja, padres/hijos, abuelos/nietos y de su análisis se concluye que contiene diversas formas de victimización, como sea los malos tratos infantiles, malos tratos de las personas mayores o la violencia interparental.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la violencia doméstica como (OMS, 1998):

la amenaza o el uso intencional de la fuerza física y/o fuerza psíquica, que puede ser usada contra uno mismo, contra los demás, grupo o comunidad; que amenaza o pone fuertemente en riesgo de un traumatismo o de prejuicio para sus acciones psicológicas, un malo desarrollo o privaciones (p.7).

Según la Comisión Europea (1998), la violencia doméstica se refiere a la violencia física, sexual o psicológica que amenaza la seguridad o el bienestar de algún miembro de una familia. Se puede ejercer a través de la fuerza física, emocional o amenazas, donde se incluye la violencia sexual, en la familia o en el hogar, el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo, contra cualquier persona que comparta el mismo techo. Por su parte, Sanmartin define esta forma de violencia como *“aquella que ocurre entre quienes habitan en una misma casa o forman parte de un hogar”* (2007, p.10).

Afecta de manera más evidente y visible las mujeres, sino también otros miembros de la estructura familiar se ven afectados, como es el caso de los niños y adolescentes. Estos individuos pueden vivenciar verse afectados de forma directa, en cuanto víctimas de violencia física, psicológica y sexual, e indirecta a través de la exposición a situaciones de violencia interparental, o en relación con otros miembros del contexto doméstico (ej., abuelos, hermanos).

El estudio de la violencia doméstica, desde la perspectiva de los menores víctimas, se puede analizar según el tipo de victimización, es decir, si las víctimas experimentan la violencia de forma directa o indirecta, como resultado de la exposición a comportamientos violentos practicados por terceros (ej., padre, madre, parejas de los progenitores, abuelo/abuela, hermanos). En este sentido, importa hacer una distinción entre estar expuesto a la violencia o ser víctima directa de esta forma de violencia, sufriendo abuso físico, psicológico o sexual (Nguyen, 2012).

Para la Organización de Naciones Unidas para la Protección a la Infancia, (UNICEF, 2006), la exposición a la violencia doméstica es una forma grave de maltrato infantil que puede provocar en el menor unas secuelas irreversibles. También para Graham-Bermann (2002, citado por Jouriles, McDonald, Slep, Heyman y Garrido, 2008), la exposición a la violencia doméstica es una forma de maltrato psicológico. En Estados Unidos de América, estimativas indican que entre 3.3 y 10 millones de niños viven expuestos a la violencia doméstica (Carlson, 1994; Strauss, 1992 citado por Fusco y Fantuzzo, 2009). Un otro estudio realizado en el mismo país, indica que los niños víctimas de violencia doméstica tienen una probabilidad 15 veces mayor de convertirse en víctimas de malos tratos físicos y negligencia, que las no víctimas (Senate Hearing, citado por Osofsky, 2003).

De acuerdo con datos de UNICEF (2006), cerca de 275 millones de niños y jóvenes de todo el mundo son víctimas de violencia doméstica y sólo en los países desarrollados existe una incidencia de 11.3 millones de víctimas. Según la misma fuente, en Portugal, el número de víctimas alcanzan 44.000, mientras que en España llegan a los 188 millones de víctimas. En el Reino Unido, se estima que un millón de niños han estado expuestos a la violencia doméstica (Hornor, 2005).

También en Portugal, los estudios de prevalencia de la violencia doméstica son escasos, concretamente cuando las víctimas son niños y adolescentes o incluso inexistentes. Sólo es posible la caracterización del fenómeno a través de los datos procedentes de los registros criminales o quejas presentadas en los distintos órganos de Policía Criminal (GNR, PSP, PJ) o de las solicitudes oficiales de asistencia a las víctimas (APAV, UMAR). Otro de los aspectos a tener en cuenta es el hecho de que el crimen de violencia doméstica estar consagrado en la legislación portuguesa desde el

año 2007, por lo que sólo después de esa fecha existen estadísticas oficiales sobre el fenómeno.

A partir de la referencia temporal de 2008, y en relación a la violencia doméstica contra menores de edad, se observa que, a excepción de los años 2011 y 2014, la tendencia evolutiva del fenómeno fue decreciente, existiendo 680 casos denunciados en el año 2008, 605 en 2009, 611 en 2010, 529 en 2012, 487 en 2013, 502 en 2014 y 2015 en 475 (Dirección General de Políticas de Justicia, 2015).

Con respecto a las situaciones presenciadas por menores de edad, es decir, episodios de exposición a la violencia doméstica, sólo hay registros desde el año 2012 hasta 2014, siendo que en 2012, de las 26.678 ocurrencias, el 42% fueron presenciadas por menores. A su vez, en el año de 2013, de las 27.318 ocurrencias, el 39% fueron presenciadas por menores y en el año de 2014 han existido 27.317 casos, de los cuales el 38% fueron presenciados por menores de edad (DGPIJ, 2015). Los estudios sobre el fenómeno indican que entre el 60 y el 75% de las familias en las que una mujer es víctima de violencia física por parte de su pareja, los niños también lo son (Bowker, 1988; Mckilben, Devos y NewBerger, 1989; Strauss et al., 1980 citado por Osofsky, 2003).

Las tasas de prevalencia de la violencia doméstica sobre los niños, por lo general, son el resultado de estimaciones realizadas a partir de estadísticas que estudian la prevalencia de los casos de violencia contra las mujeres (ej., violencia doméstica, violencia de género, violencia interparental, violencia dentro de la pareja) y el número de hijos por hogar.

Debido a su naturaleza insidiosa, al impacto tanto a nivel de salud mental y bienestar de las víctimas, tanto en términos económicos, las conductas que caracterizan a esta forma de violencia han ido criminalizándose de forma progresiva.

1.3.6.3. Crímenes contra la libertad personal

De entre los crímenes contra la libertad personal, que hacen parte del Capítulo IV se destacan seis: i) Amenaza (art.º 153); ii) Coacción (art.º 154); iii) Persecución (art.º 154 - A); iv) Secuestro (art.º 158); v) Tráfico de personas (art.º 160); v) Rapto (art.º 161). El bien jurídico tutelado es la libertad personal de decisión y de acción (CP, 2016).

En Portugal, teniendo en cuenta los datos registrados por la APAV (2013) que resultan de los procesos de apoyo proporcionados a niños y jóvenes y con respecto a los crímenes mencionados, en el periodo comprendido entre 2000 y 2012 sólo hubo registro de cuatro crímenes de secuestro y un crimen de rapto. Es de destacar el hecho de que las estadísticas oficiales no hacen referencia al grupo de edades de las víctimas, por lo que no existen registros de cuántos de éstos son niños, con la excepción de los crímenes practicados contra la libertad y autodeterminación sexual (Sistema de Segurança Interna, 2015).

1.3.6.4. Crímenes contra la propiedad

Los crímenes contra la propiedad constantes del Capítulo II están previstos en el Título II De los crímenes contra el patrimonio: i) Hurto (art.º 203) e hurto cualificado (art.º 204); ii) Robo (art.º 210); Daño (art.º 212) Daño cualificado (art.º 213) e Daño con violencia (art.º 214).

El bien jurídico tutelado es el patrimonio y la propiedad (Albuquerque, 2010). En cuanto al modo de ejecución se dividen en crímenes de apropiación (hurto y robo) (tomar o hacer entregar), a través de la sustracción de cosa móvil ajena, y crímenes de daño, al destruir, total o parcialmente, dañar, desfigurar o volver no utilizable cosa móvil ajena (212º a 214º).

En crimen de hurto está previsto en el art. 203° do CP (2016), siendo pasible de cualificación (art. 204°). Se puede cometer de dos formas: suponiendo la sustracción de una cosa con violencia (en este caso consume un hurto) u obligando a la víctima a entregar la cosa a través de una amenaza (consumiendo entonces una amenaza y una coacción). En esta última hipótesis se comete un robo sin hurto, lo que demuestra que no hay una relación de especialidad entre las normas que prevén los dos crímenes. Aunque el robo sea concebido como un crimen contra la propiedad, la norma que le prevé tutela también, accesoriamente, la integridad física y la libertad. Además, el peso de estos bienes jurídicos en la pena legal está patentado por el artículo 211°, que ordena aplicar las penas del robo (artículo 210°) cuando la violencia o la amenaza de violencia se siguen a la sustracción (es decir, a un hurto).

Todos estos crímenes tienen por objetivo el patrimonio de otra persona y se consuman con una disminución de este patrimonio, además, son la categoría criminal que cuenta con el mayor número de ocurrencias en el total de la criminalidad general en todos los grupos de edad. Todavía, del análisis de las estadísticas oficiales no es posible determinar el número de ocurrencias que tuvieron como víctimas menores de edad, una vez que esta variable no está operacionalizada (Sistema de Segurança Interna, 2015).

Del análisis de los datos estadísticos facilitados por APAV (2013) relativos a los crímenes cometidos contra menores en el período comprendido entre 2000 y 2012, aunque ésta no sea la categoría más participada, reservándose el primer lugar a los crímenes contra las personas, los crímenes contra la propiedad han tenido 86 ocurrencias de víctimas menores de edad, lo que equivale a un 0,6% del total de la criminalidad reportada a esa entidad. Dentro de esta categoría criminal, el hurto fue el ilícito con más víctimas menores con un total de 21, seguido por el crimen de daño 18 y el crimen de robo con 17.

De acuerdo con las estadísticas oficiales del Ministerio del Interior de España, el número de menores víctimas de este tipo de crímenes es muy bajo, con un total de 6.959 víctimas, lo que equivale al 2% del total de la criminalidad contra menores de 18 años (Save the Children, 2015).

1.3.6.5. Crímenes contra la vida en sociedad

Los crímenes contra la vida en sociedad están previstos en el Título IV del CP - Capítulo – I - De los crímenes contra la familia, los sentimientos religiosos y el respeto debido a los muertos - Sección I – De los crímenes contra la familia y se destaca: i) Sustracción de menor (art.º 249)

Según las estadísticas de APAV (2013), entre el año de 2000 y 2012 se registraron cuatro crímenes de sustracción de menor, todos en el año 2011. Ya en los años siguientes, o sea, entre 2013 y 2015 han ocurrido ocho crímenes en el año 2013 (APAV, 2014), 26 en el 2014 (APAV, 2015) y 26 casos en el 2015 (APAV, 2016).

No obstante, si nos fijamos en las estadísticas oficiales de los últimos cinco años, es decir, entre 2010 y 2015, cuyos datos resultan de las denuncias presentadas a los diferentes órganos de Policía criminal, hemos encontrado que no existe información sobre este tipo de ilícito ya que representa un valor inferior al 2% del total de la criminalidad general (Sistema de Segurança Interna, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

En síntesis, las victimizaciones criminales que atingen los adolescentes son diversas, algunas exclusivas de este periodo de sus vidas (ej., abuso sexual de niños, sustracción de menor) y pueden tener un impacto variado, según los daños y evaluación de la propia víctima. La prevalencia de las distintas categorías criminales es en muchas ocasiones vaga ya que no existen registros de las ocurrencias en que son los menores las víctimas o por otro lado, los crímenes no llegan a ser reportados a las autoridades.

1.3.7. Victimizaciones a través de *Internet*

Actualmente, *Internet* se utiliza en todo el mundo de forma masiva por los individuos, iniciando su utilización desde la infancia y constituye en sí misma un nuevo entorno relacional, donde los individuos interactúan entre sí a través de diversos medios (ej., redes sociales, programas de conversación, mensajes, correo electrónico). Sus beneficios están ampliamente reconocidos, permitiendo la comunicación entre los individuos, la investigación con fines académicos, así como el entretenimiento. Sin embargo, existen peligros que se deben considerar y que pueden conducir a la victimización de sus usuarios.

De la revisión realizada de la literatura es posible identificar varios comportamientos de riesgo del uso de *Internet*, los cuales colocan a los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, pudiendo culminar en su victimización. En este sentido, se han identificado algunas de las victimizaciones *online* más comunes: i) el *cyberbullying*, ii) *cyberstalking*, iii) las solicitudes sexuales; iv) la exposición no deseada a material sexual, v) el asedio sexual (*sexual harassment*), vi) “*sexting*” (Finkelhor, Mitchell y Wolak, 2000).

En este punto empezaremos por presentar los principales aspectos relacionados con el *cyberbullying*, siguiéndose una breve definición de las diversas categorías de victimización a través de *Internet*, mencionados anteriormente.

1.3.7.1. *Cyberbullying*

El *cyberbullying* es un tipo de violencia que se caracteriza por ser un comportamiento agresivo, intencional y repetitivo, infligido por un individuo o un grupo contra una víctima indefensa, practicado con el empleo de tecnologías de la información y comunicación (Smith et al., 2008).

Para Slonje y Smith (2008), esta nueva forma de expresión de *bullying* constituye una manifestación de violencia y asedio moral, que se concretiza al amenazar, agredir, asediar, difamar, humillar, intimidar, ofender e incluso excluir socialmente a la víctima. Se distingue del *bullying* por ser un tipo de violencia practicada de forma indirecta, a través de medios tecnológicos, sin la obligatoriedad de una confrontación directa entre el agresor y la víctima. Willard (2006) caracteriza el *cyberbullying* como ser cruel con los demás mediante el envío o la publicación de material prejudicial o participar en otras formas de agresión social a través de *Internet* u otros medios tecnológicos.

El *cyberbullying* también se define como el uso de las nuevas tecnologías con el fin de asediar, amenazar, constreñir o humillar a otra persona, así como acceder o intentar acceder a las cuentas personales (ej., correo electrónico) (Juvonen y Gross, 2008). Se caracteriza por conferir un cierto grado de invisibilidad y anonimato al agresor, una vez que los actos se practican con el empleo de dispositivos tecnológicos que permiten establecer distancia física en relación con la víctima y ocultar la identidad del agresor.

De la revisión de la literatura sobre el tema se destacan dos perspectivas de clasificación del *cyberbullying*: una que privilegia el medio a través del cual se practican los comportamientos abusivos (Slonje y Smith, 2008; Smith, Mahdavi, Carvalho, Fisher, Russell y Tippett, 2008) y otra que enfatiza el tipo de comportamiento (Willard, 2005; Willard, 2006).

De este modo, Smith y colaboradores (2006) identificaron siete medios a través de los cuales los contenidos no deseados se pueden difundir:

- 1) A través de SMS (mensajes de texto) desagradables o dañinos, recibidos por el teléfono móvil;

- 2) A través de MMS (mensajes multimedia) que permiten el envío de fotografías o videos, hechas con recurso a las cámaras de los propios móviles y con el objetivo de amenazar a la víctima de difundirlos;
- 3) A través de llamadas de teléfono acosadoras recibidas en los teléfonos móviles;
- 4) A través de *e-mails* acosadores;
- 5) A través de las salas de chat, pues permiten que se utilicen para molestar, acosar o intimidar a la víctima;
- 6) A través de mensajería instantánea (M.I.), con el objetivo de enviar mensajes desagradables o amenazantes;
- 7) A través de páginas *web*, con el objetivo de difamar a la víctima, recurriendo a foros, redes sociales (ej., Facebook, Instagram) o páginas de intercambios de archivos como YouTube.

La divulgación de este tipo de contenido se puede hacer de forma masiva, alcanzando un sinnúmero de usuarios, confiriéndoles un carácter permanente en el mundo virtual (Dempsey, Sulkowski, Nicholls y Storch, 2009).

Willard (2006) propone la existencia de ocho subtipos de *cyberbullying*, teniendo en cuenta los comportamientos realizados por el agresor:

- 1) *Flaming* – Se refiere a la utilización de lenguaje vulgar y agresiva en la comunicación *online* con otra persona o con un grupo de personas;
- 2) *Online Harassment* – Asedio *Online* – envío repetido de mensajes ofensivos a través del email o de otros mecanismos de mensajes;
- 3) *Denigration* – Denigración – envío de declaraciones prejudiciales, falsas o crueles sobre una persona o publicación de este material *online*;

- 4) Disimulación – Fingir ser otra persona, enviar o publicar imágenes, mensajes para ridiculizar o crear mala reputación de alguien, cambiando, por ejemplo, el perfil en la red social de la persona o accediendo indebidamente a su perfil;
- 5) *Outing* – Compartir material o información confidencial, privada o embarazosa acerca de una persona a través de mensajes o imágenes;
- 6) Engañar – Hablar con alguien modo que la persona revele sus secretos o información embarazosa y compartir esa información *online*;
- 7) Exclusión – Excluir a alguien intencionalmente y de forma cruel de un grupo *online*;
- 8) *Cyberstalking* o persecución *online* – Se trata del asedio *online*, intenso y repetido, que incluye amenazas o lenguaje muy intimidante.

Finkelhor y colaboradores (2000), en uno de los primeros estudios a nivel mundial que incidió en la problemática del *cyberbullying* y en el cual se estudió a 1.501 niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de edad, usuarios regulares de *Internet*, encontraron que el 6% de los adolescentes eran victimizados a través de *Internet* y el 33% de los contactos ocurría a través de programas de mensajes instantáneos además, el 32% era maltratado en salas de conversación y el 19% a través de correo electrónico.

Cinco años más tarde, los mismos autores replicaron el estudio con una muestra de características idénticas a las descritas anteriormente, comprobando un aumento sustancial en este tipo de victimización, pasando prácticamente al doble, es decir, un 9% (Wolak, Mitchell y Finkelhor, 2006).

Oliver y Candappa (2003), en un estudio en el que han participado jóvenes estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y los 13 años, concluyeron que el 4% de los participantes recibió mensajes de texto desagradables, mientras que el 2% recibió

mensajes de correo electrónico del mismo tipo. Ya Ellison y Boyd (2013), en un estudio reciente concluyeron que la mayoría de los ataques de *cyberbullying* se practican a través de plataformas de comunicación, como las redes sociales, incluyendo el Facebook, Twitter, MySpace, YouTube, GooglePlus y LinkedIn. Otros estudios revelan que entre el 6% (Jones, Mitchell y Finkelhor, 2012) y el 72% (Juvonen y Gross, 2008) de los niños y jóvenes, vivencian experiencias de cybervictimización o victimización virtual. No obstante, la mayoría de los estudios sugieren valores de victimización entre 20% y 40% (Tokunaga, 2010).

En Portugal, Almeida, Marinho Esteves, Gomes y Correia (2008) llevaron a cabo un estudio sobre el *cyberbullying*, con una muestra de 934 alumnos de edades comprendidas entre los 11 y los 19 años asistiendo desde el 7º al 9º grado, en el que el 11% de la muestra afirma que ha sido víctima de *cyberbullying* a través del teléfono móvil, mientras que el 10% reportó haber sido a través de *Internet*. Souza (2011), en un estudio retrospectivo destinado a identificar la prevalencia del *cyberbullying* en Portugal, encontró que el 18,6% de los encuestados ya han sido víctimas de este tipo de violencia en algún momento de sus vidas, el 59,3% fue testigo de este fenómeno, y el 39,8% de los participantes nunca ha participado en episodios de este tipo. Las conclusiones de este estudio corroboran otros a nivel internacional ya citados, en particular, cuanto al tipo de recursos tecnológicos utilizados para establecer las interacciones abusivas que se produjeron, en su mayoría a través de las redes sociales y en particular a través de la red social Facebook.

En España, uno de los estudios pioneros fue realizado por Ortega, Calmaestra Mora-Merchán (2007) con el objeto de identificar las tasas de prevalencia de este tipo de victimización. Para ello se constituyó una muestra de 830 estudiantes con edades comprendidas entre 12 y 16 años y se encontró que el 26.6% participaban en el

fenómeno violento de forma directa. Sin embargo, sólo el 3.8% de los estudiantes estaban implicados de forma severa en el fenómeno del *cyberbullying*, un 1.7% como agresores, un 1.5% como víctimas, y un 0.6% como agresores victimizados. El restante 22.8% tenía una participación moderada u ocasional, 5.7% como agresores, 9.3% como víctimas y 7.8% como agresores victimizados. El tipo de comportamiento abusivo más frecuente se practicó a través de *Internet*, con una tasa de prevalencia de 25.5%, siguiéndose el teléfono, con el 8.4% de la muestra. Posteriormente, Calmaestra (2011) llevó a cabo otro estudio que pretendía, en particular, identificar la prevalencia del *cyberbullying* entre los adolescentes estudiantes españoles de entre 12 y 20 años. Entre los resultados se destaca que el 8.3% de los alumnos estuvo directamente implicado en la dinámica del *cyberbullying* a través del teléfono móvil, un 6.8% de forma ocasional y el 1.5% a menudo, siendo que, de éstos, el 3.4% eran víctimas, 4% agresores y 0.9% agresores victimizados.

A pesar de la diferencia de resultados en cuanto a la prevalencia de este fenómeno, sea por el tipo de muestras utilizadas, sea por las metodologías y herramientas aplicadas o por la propia operacionalización del concepto, se puede decir que éste es un fenómeno que afecta a un gran número de víctimas y continúa creciendo, teniendo en cuenta el aumento de usuarios de las nuevas tecnologías de la comunicación y de información, en particular el uso de *Internet*. Sin embargo, y en comparación con la victimización tradicional entre pares, es decir, el *bullying*, las tasas de prevalencia del *cyberbullying* son más bajas (Holt y Espelage, 2012).

Como consideración final acerca de esta problemática, se destaca que las víctimas y los agresores de *bullying* tienden a asumir los mismos papeles en el mundo virtual, por lo que esta cuestión debe ser trabajada en simultáneo, sob pena de los resultados encontrados confieran una visión segmentada del fenómeno.

1.3.7.2. Otras formas de victimización a través de *Internet*

Según el mencionó anteriormente, el rango de victimizaciones que ocurren a través de *Internet* es vasto, habiendo surgido gradualmente nuevas formas de abuso, por ejemplo, las solicitudes sexuales, la exposición a material pornográfico, el acoso sexual (sexual harassment), el *online grooming*, el *sexting*, entre otros.

Finkelhor, Mitchell y Wolak (2000) definen algunas de estas nuevas formas de victimización. Se presentan a continuación algunas de las victimizaciones mencionadas empezando con las solicitudes sexuales que consisten en peticiones dirigidas a un menor a participar en actividades sexuales o conversaciones de contenido sexual con un adulto, o este proveer al menor, información de carácter sexual. A su vez, la exposición no deseada a material pornográfico se refiere a la exposición a material con contenido pornográfico, por ejemplo, fotos, videos de adultos que participan en prácticas sexuales o desnudez durante el uso normativo de *Internet*, es decir, durante una búsqueda, o abriendo una página *web*, sin que el niño haya buscado intencionadamente.

En cuanto al *sexual harassment* o acoso sexual, este tipo de victimización consiste en amenazas u otro comportamiento ofensivo, con exclusión de las solicitudes sexuales enviadas *online* para el niño o publicadas *online* con el fin de que los demás usuarios puedan ver (ej., publicar en el perfil del niño en una red social una imagen de contenido violento, o ridiculizar a la víctima). El *online grooming* o engatusamiento de niños y jóvenes a través da *Internet* se trata de una etapa de preparación para el abuso sexual, donde el agresor intenta ganarse la confianza del menor, con el propósito de facilitar el abuso (McAlinden, 2013), siendo que al menos por una vez, ha comunicado personalmente a través de *Internet* u otras tecnologías, con la victima (Davidson, 2007). Por último, el *sexting* consiste en el envío de mensajes con contenido sexual a través del móvil u otro equipamiento informático que sirve para ese efecto.

Con respecto a las tasas de prevalencia, la escasez de estudios es grande, desconociéndose estudios en la población portuguesa que atiendan esta realidad. Sin embargo, a nivel internacional se destaca el *Youth Internet Safety Survey* (YISS-1) realizado por Finkelhor y colaboradores (2000), que pretendió conocer los padrones de uso de *Internet* por parte de los niños y jóvenes en el año anterior, destacándose entre otros datos, el 19% de los participantes (uno en cada cinco) recibieron solicitudes no deseadas a través de *Internet*; el 25% estuvo expuesto a material no deseado (uno en cada cuatro) y el 5% de los participantes fueron víctimas de acoso sexual. En cuanto a la exposición no deseada a contenidos pornográficos, el 57% de los chicos y el 43% de las chicas afirmaron haber estado expuestos a estos contenidos. Por último, la victimización ocurrida a consecuencia de acoso sexual, la sufrieron en un 51% los chicos y en un 48% las chicas. En todos los tipos de victimización, el grupo de edad donde las tasas de prevalencia fueron mayores fue de 15 años.

Posteriormente se realizó otro estudio (YISS-2) donde se procuró una vez más caracterizar la utilización de *Internet* por parte de niños y jóvenes. Para el efecto participaron 1500 jóvenes entre 10 y 17 años, donde se concluyó que 13% de los participantes (uno en cada siete) ya había sido víctima de *online grooming* y 4% solicitudes agresivas (Wolak, Mitchell y Finkelhor, 2006).

Por último, se presenta en la Figura 2, según la revisión teórica efectuada y a modo de sistematización, las diversas formas de victimización identificadas y analizadas a lo largo de este punto, que pueden ocurrir durante la adolescencia (Finkelhor, 2007).

Figura 2. Formas de victimización interpersonal en la infancia y adolescencia (adaptado de Pereda, 2012)

VICTIMIZACIÓN INFANTIL					
Delitos comunes	Malos tratos	Victimización por pares y hermanos	Victimización sexual		Testimonio o exposición a violencia
<ul style="list-style-type: none"> - Hurto y robos - Vandalismo - Secuestros - Amenazas - Agresiones físicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Castigo corporal - Maltrato prenatal - Negligencia prenatal - Maltrato físico - Negligencia emocional - Síndrome de Münchausen por poderes - Síndrome del niño zarandeado - Explotación laboral - Mendicidad - Corrupción - Incapacidad para controlar la conducta del menor - Alienación parental 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bullying</i> - <i>Cyberbullying</i> - <i>Sexting</i> - Violencia de pareja - Agresiones 	<p><u>Abuso Sexual con contacto físico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrafamiliar (incesto) - Extrafamiliar - Agudo - Crónico <p><u>Abuso Sexual sin contacto físico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exhibicionismo - Provocación sexual - Exposición involuntaria a material sexual en Internet - <i>Online grooming</i> - Llamadas telefónicas obscenas - Proposiciones sexuales - <i>Sexting</i> 	<p><u>Explotación Sexual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Con o sin contacto físico - Pornografía - Espectáculos sexuales - Prostitución - Trata de menores - Turismo sexual - Matrimonios precoces/forzados 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición a violencia familiar - Exposición a violencia comunitaria - Menores desplazados y refugiados - Menores soldados - Maltrato institucional
					<p>Victimización online</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cyberbullying</i> - <i>Online grooming</i> - Proposiciones sexuales - <i>Sexting</i> - Exposición a material sexual en Internet - Llamadas telefónicas obscenas

1.4. Prevalencia global de la victimización a nivel internacional y nacional

Identificar la prevalencia de diversas formas de victimización a que los niños y adolescentes están expuestos es una cuestión compleja, ya sea por la dificultad para establecer definiciones reconocidas a nivel internacional y pasibles de ser aplicadas en diferentes contextos de acción o por la dificultad en la operacionalización de estos conceptos. Por otro lado, existen cuestiones a nivel metodológico, en particular en lo que se refiere a la representatividad de las muestras, bien así las características de las medidas de recogida de datos (ej., auto informe u otros informantes) o el origen cultural de las muestras, que influyen en los resultados de los estudios de caracterización de este fenómeno.

La utilización de medidas de auto-relato, permite un conocimiento más realista del fenómeno de la victimización y en particular de su prevalencia. Como ejemplo se refiere el caso de abuso sexual, en que los estudios muestran que esta forma de recolección de datos, en comparación con otras (ej., informes oficiales), presenta una tasa de prevalencia 30 veces más elevada, así como en el abuso físico, en el que la diferencia entre estos dos métodos de recolección de datos es 75 veces mayor (Stoltenborgh, 2011 y 2013). Por otro lado, existen variables sociodemográficas, caso de la edad, el nivel socioeconómico o el género, que interfieren directamente en el tipo de experiencias de victimización a que los niños y adolescentes pueden estar sujetos. Estas variables, asociadas a características de orden cultural, pueden conducir a diferentes resultados, en relación con las tasas de prevalencia sobre la victimización en la infancia y adolescencia. A pesar de las dificultades existentes y reconocidas acerca de la definición y operacionalización de las diversas formas de victimización, se pretende en esta etapa presentar algunos datos sobre la prevalencia de esta problemática en los Estados Unidos de América y Europa, especialmente en Portugal y España.

Por medio de la revisión de la literatura se constata la escasez de estudios, tanto a nivel internacional como nacional, que examinen la problemática de la victimización como un fenómeno global, existiendo, en su mayoría, investigaciones que analizan formas específicas de victimización (ej., el maltrato físico, el abuso sexual, *bullying*), lo que resulta en una visión fragmentada del fenómeno. Este abordaje, basado en el estudio de una única forma de victimización, inviabiliza la identificación de casos de polivictimización, condición recurrente y gravosa que afecta a muchos de los niños y adolescentes víctimas.

De la literatura se desprende que los estudios sobre la globalidad del espectro de victimizaciones se iniciaron en los Estados Unidos. Con el fin de analizar la

evolución del fenómeno y proceder a su caracterización en términos de incidencia y prevalencia, Finkelhor y colaboradores (2005a) realizaron un estudio pionero denominado *Developmental Victimization Survey* (DVS). Dicho estudio, fue realizado durante el año de 2002 con una muestra comunitaria representativa de 2030 niños y adolescentes de edades entre los dos y los 17 años. La recolección de datos se llevó a cabo durante el año 2002, siendo las respuestas relativas al último año, destacándose de entre los principales resultados encontrados que aproximadamente 71% de la muestra relató haber sido víctima de por lo menos una experiencia de victimización (Finkelhor, et al., 2005a; Finkelhor, et al., 2005b). La forma más común fue la victimización entre pares y hermanos, con un porcentaje del 45%, seguida de los crímenes convencionales, hurto con 18.6% y el daño con un 14.9%. El tipo de maltrato con mayor prevalencia fue el psicológico o emocional con 10.3%, seguido por el maltrato físico con el 3.4%.

Aun en los Estados Unidos de América, Finkelhor y colaboradores (2009) se llevaron a cabo otra investigación llamada *National Survey of Children's Exposure to Violence* (NatSCEV), cuyo objetivo fue una vez más, determinar las tasas de prevalencia en todo el espectro de la violencia a la que los niños están expuestos en ese país. Este estudio constó de una muestra representativa de 4.549 niños y adolescentes de edades comprendidas entre cero y 17 años de edad, destacándose como principales resultados el hecho de que cerca del 60.6% de los participantes, a lo largo del último año, o sea, durante el año de 2008, experimentaron por lo menos un episodio de victimización, o de forma directa o como testigo. De estos participantes, el 46.3% contestó haber sido víctimas de algún tipo de abuso físico, mientras que el 24.6%, o sea, uno de cada cuatro experimentó algún tipo de daño a la propiedad. En cuanto a las victimizaciones cometidas por las figuras cuidadoras, 10.2%, es decir, uno de cada 10 niños o jóvenes fue víctima de algún tipo de maltrato; 6.1% experimentó algún tipo de

victimización sexual y el 25.3% (un en cada cuatro) dijo haber sido testigo de violencia o haber estado expuesto a otra forma de violencia indirecta, de los cuales el 9.8% atestiguó algún tipo de agresión intrafamiliar.

El mismo equipo, en el año 2011 realizó un nuevo estudio denominado *National Survey of Childre's Exposure to Violence* (NatScevII), similar al desarrollado en el año 2008, ahora con una muestra representativa de 4.503 niños y adolescentes de edades comprendidas entre cero y 17 años. La información se recogió a través de un cuestionario de auto-informe en el caso de los participantes de edades comprendidas entre los 10 y 17 años, y por medio de entrevistas con los cuidadores para los niños más pequeños, de entre cero y nueve años (Finkelhor et al., 2013). En este estudio el 57.7% de los niños y jóvenes experimentaron o presenciaron, en el año anterior al estudio, por lo menos una forma de victimización (agresión, *bullying*, victimización sexual, maltrato, testigo o exposición a la violencia). De entre los sujetos de la muestra, el 48.4% fue víctima de más de una forma de victimización (Finkelhor et al., 2013).

Más recientemente, entre 2013 y 2014, el mismo equipo llevó a cabo un nuevo estudio en el que participaron 4.000 niños y adolescentes de la comunidad norteamericana del mismo grupo de edad, habiéndose encontrado tasas de prevalencia de cerca de 37.3% para el abuso físico, el 2% de las chicas experimentaron agresión sexual o abuso sexual, el 15.2% de los participantes experimentaron malos tratos por parte de un cuidador, mientras que el 5.8% fue testigo de algún tipo de agresión entre los padres (Finkelhor, et al., 2015). Los resultados obtenidos indican una tendencia a la disminución de casos a través del tiempo en la mayoría de las categorías de victimización, desde el primer estudio, al más reciente (Finkelhor, et al., 2014; Finkelhor, et al., 2015).

Fuera de los Estados Unidos de América, la escasez de estudios sobre la totalidad de las victimizaciones es común a la generalidad de los países, por lo que existen pocos ejemplos a indicar. Sin embargo, en Europa se destacan los estudios realizados en el Reino Unido (Radford et al., 2013), en España (Pereda et al., 2014b), Finlandia (Ellonen y Salmi, 2011) y Suecia (Gustafsson, Nilsson y Svedin, 2009), los dos últimos enfocados en la polivictimización. Cyr y colaboradores (2013), en un estudio realizado en Canadá que ha transcurrido entre los años 2009 y 2011 con una muestra comunitaria de 1.400 niños y adolescentes de dos a 17 años de edad, encontró tasas de victimización de 71% para el período relativo a toda la vida y el 61% para el último año. La forma de victimización más relatada fue la victimización contra la propiedad (robo y hurto), con una prevalencia del 40% a lo largo de la vida, mientras que en el período correspondiente al último año se redujo al 25%. Por otro lado, la forma de victimización que ha recibido menos relatos fue la victimización sexual, 8% a lo largo de la vida y el 5% el año pasado. Con la excepción de victimización contra la propiedad, donde los participantes del género masculino tenían una tasa de victimización más alta (52% vs 48%), en las otras formas de victimización estudiadas los participantes del género femeninos tenían tasas de victimización más altas, caso de los malos tratos, 41% de hombres vs 59% de las mujeres, en la proporción total de la muestra. Ya en lo que toca a las diferencias de edad, los resultados mostraron diferencias claras, por ejemplo, en victimización contra la propiedad, donde los adolescentes mayores reportaron más episodios de victimización en comparación con los más jóvenes.

Radford y colaboradores (2013) desarrollaron un estudio en el Reino Unido con el fin de conocer la prevalencia a lo largo de la vida de los malos tratos y de otras formas de victimización de niños (ej., victimización entre pares, hermanos,

victimización en las relaciones de pareja), adolescentes y jóvenes adultos, con edades entre los cero y 24 años. A tal efecto, recurrieron a una muestra representativa de 2.160 padres y cuidadores y 2.275 niños y adolescentes, destacándose los siguientes resultados: del total de la muestra, el 53.6% fue víctima de alguna forma de victimización durante su vida. La victimización más común en el grupo de adolescentes, es decir, participantes de edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, fue la victimización en la comunidad, con una tasa de prevalencia de 61.4%, seguida de victimización entre pares y hermanos 59.5% y 31.8%, respectivamente, siguiéndose los malos tratos practicados por un cuidador (ej., maltrato físico, emocional, abuso sexual y negligencia) con un valor de 21.9%, siendo la negligencia el tipo de maltrato más frecuente, con una tasa de 13.3%.

Con respecto a la prevalencia de la victimización en el último año, la forma más común fue la victimización entre pares, con un valor de 35.3%, seguida de la victimización en la comunidad con el 31.2% y de la victimización entre hermanos, con una prevalencia del 16%. En lo que respecta a la variable de género, las chicas fueron victimizadas en mayor porcentaje en todas las formas de victimización, con excepción de la victimización entre pares, donde los chicos tuvieron valores más altos, ya sea a lo largo de la vida, con valores de 66.0% y el 52.7% o en el último año, 41.2% y 29.1%, respectivamente. Por último, señalar que, en todas las formas de victimización, los participantes de mayor edad tuvieron tasas de prevalencia más elevadas, en comparación con el grupo más joven, lo que revela que las experiencias de victimización tienden a ser acumulativas a lo largo de la vida. En España, Pereda y colaboradores (2014a) desarrollaron una investigación con la intención de determinar las tasas de prevalencia a lo largo de sus vidas y durante el último año, de las diversas formas de victimización a la que están expuestos los jóvenes. Participaron en este

estudio 1.107 adolescentes de edades entre los 12 y 17 años, estudiantes de siete escuelas de enseñanza secundaria de la región de Cataluña.

Los resultados encontrados desvelaron que el 83% de los adolescentes que participaron en el estudio declararon haber sido víctimas de al menos un tipo de victimización a lo largo de sus vidas, mientras que el 68.6% dijo que había sido víctima durante el último año. El grupo de victimización con una mayor prevalencia fue el de los crímenes convencionales (ej., robo, daño), con un valor total de 61.5% para las victimizaciones a lo largo de la vida y 45.8% en el último año, seguido del testigo o exposición a la violencia con 48.9%, y 32.1%, respetivamente. Con tasas de prevalencia muy próximas se encuentran las victimizaciones ocurridas entre pares y hermanos, donde el 48.8% de los jóvenes indicaron haber sido víctimas de esta forma de victimización durante la vida, mientras que el 30.6% de los participantes dijo haber sido víctima en el último año. Las victimizaciones ocurridas en la comunidad fueron experimentadas por el 46.3% de los jóvenes a lo largo de sus vidas, mientras que el 30.8% indicó haber vivenciado algún tipo de victimización de esta categoría (ej., el testimonio de agresión con y sin arma, robo en la residencia) en el último año.

Cuanto a las victimizaciones en el contexto familiar, cometidas por un progenitor o cuidador, el 25.3% de los jóvenes de la muestra refirieron haber sido víctimas de algún tipo de victimización (ej., abuso físico, abuso emocional, negligencia) a lo largo de la vida, mientras que el 18.1% indicaron haber sido víctimas en el último año. Las victimizaciones de naturaleza sexual, con o sin contacto físico (abuso sexual por parte de un conocido, abuso sexual por parte de un desconocido, abuso sexual por parte de pares o hermanos, violación o intento de violación, importunación sexual) fueran indicadas por el 8.7% de los participantes como teniendo vivenciado una experiencia de este tipo a lo largo de su vida y por un 5.3% en el último año. Con

respecto a la victimización *online* (ej., el acoso sexual, las peticiones/propuestas sexuales, exposición a material pornográfico), una categoría que comienza a ser estudiada más recientemente, se registró una tasa de prevalencia del 12.6% a lo largo de la vida y el 8.9% en el último año.

En relación a la prevalencia de la victimización en grupos considerados de riesgo, los datos también son escasos. Sin embargo, debe hacer referencia a los resultados de los estudios realizados por Pereda y colaboradores (2014b) con dos muestras clínicas, un grupo de 129 jóvenes usuarios de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) y otro constituido por 101 adolescentes, los usuarios de la Dirección general Penal Ejecución en la Comunidad y Justicia Juvenil de Cataluña (DGEPCJJ). Las autoras verificaron que en el caso del grupo de DGAIA, la totalidad de los jóvenes experimentaran alguna forma de victimización durante toda la vida y que la forma más común de violencia durante ese período fue la exposición a la violencia (90.7%), mientras que, en el período referente al último año el porcentaje de victimización fue del 84.2% y la forma más común de la victimización fue por delito común.

Ya en relación al grupo muestral de la DGEPCJJ, también la totalidad de los participantes dijeron haber experimentado alguna forma de victimización durante toda la vida, la exposición a la violencia, sin embargo, fue la más común (97%). Con relación a las experiencias de victimización sufridas en el último año, representaron una tasa de 91.4%, siendo la exposición a la violencia la forma más común de victimización (74.1%). En ambos los grupos y en los dos periodos de tiempo, los adolescentes mayores reportaron tasas de prevalencia superiores, comparativamente a los más jóvenes. Ya en lo que concierne a las diferencias de género, los chicos reportaron

también, en los dos periodos, tasas superiores la mayoría de las formas de victimización evaluadas, siendo una de las excepciones la victimización por parte del cuidado.

1.5. Conclusión

En este capítulo se ha procurado identificar y describir las principales formas de victimización que pueden ocurrir en la adolescencia y que decurren de la revisión bibliográfica realizada. Se pretendió así, exponer para cada una de las formas de victimización descritas, los principales datos de prevalencia disponibles a nivel nacional e internacional.

Los estudios presentados muestran la existencia de tasas de prevalencia más elevadas en los Estados Unidos de América, comparativamente con los resultados encontrados en Europa. En general, las tasas de prevalencia son más elevadas para las victimizaciones ocurridas a lo largo de la vida en comparación con el último año, así como en muestras clínicas en comparación a muestras normativas. A pesar de la variabilidad de resultados en las tasas de prevalencia identificadas para cada una de las formas de victimización estudiadas, en particular cuando se analizan formas aisladas de victimización, no subsisten dudas que la victimización en adolescencia es un fenómeno preocupante, que afecta un gran número de víctimas.

Constatamos que el estudio simultaneo de las diversas formas de victimización es algo reciente, y creemos, tal como Finkelhor y colaboradores (2005), que este abordaje permitirá una mejor comprensión del fenómeno, sea a nivel de la prevalencia como del impacto.

CAPÍTULO II

VICTIMIZACIÓN Y PSICOPATOLOGIA

2. Aspectos de la sintomatología psicopatológica

La victimización interpersonal se reconoce como un acontecimiento de riesgo, potencialmente traumático y con consecuencias diversas, cuyo impacto puede afectar al funcionamiento global de las víctimas, así como a áreas más específicas del desarrollo del individuo.

Este impacto puede tener repercusiones a nivel físico, como resultado directo de los actos violentos practicados (ej., con traumatismo craneal, daños cerebrales y déficits neurológicos, fractura de los miembros, moratones, quemaduras, mordeduras, pérdida de control de los esfínteres, trastornos de la alimentación), o como una consecuencia indirecta de tales comportamientos (ej., aumento del riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta - problemas cardíacos, obesidad, colesterol). Sin embargo, las consecuencias de la victimización interpersonal también pueden ocurrir a nivel psicológico, a través de la aparición de problemas de internalización, tales como ansiedad, depresión, dificultades en relacionarse, problemas de rendimiento académico, autoestima, quejas somáticas, ideación suicida o incluso el intento de suicidio, bien como reacciones de externalización como la hiperactividad e impulsividad, agresividad, comportamiento de desafío y oposición, pudiendo esta sintomatología evolucionar a cuadros psicopatológicos más graves de eventuales perturbaciones, como por ejemplo la PTSD (Carlson, 2000; Trickett, Negriff, Ji y Peckins, 2011).

Cabe señalar que el impacto al que aquí nos referimos se analiza desde una perspectiva de desarrollo, teniendo en cuenta los comportamientos típicos de una determinada etapa del desarrollo, en comparación con los comportamientos que se desvían de lo esperado para una determinada edad (Cicchetti y Toth, 1995). Partiendo

de este supuesto, es posible identificar una diversidad de comportamientos manifestados por las víctimas, ya sea después del episodio de victimización, o a lo largo su desarrollo.

Se desprende del análisis de la literatura, la presencia de sintomatología exhibida de modo más frecuente y que es común a diferentes tipos de victimización existiendo, sin embargo, aspectos exclusivos de estas victimizaciones, como por ejemplo los comportamientos sexualizados, propios de las experiencias de abuso sexual de niños (Finkelhor, 1979). No obstante, la diversidad de los síntomas manifestados por las víctimas es extensa, no siendo posible establecer una relación inequívoca entre determinado síntoma y una cualquier forma de victimización.

En generalidad, la victimización puede manifestarse en niveles elevados de problemas cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales, los cuales pasamos a exponer (Trickett et al., 2011).

Problemas cognitivos: caso de las perturbaciones cognitivas (ej., hiperactividad, déficit de atención), déficit intelectual, déficit en el lenguaje, bajo rendimiento académico;

Problemas emocionales: son otra de las dificultades que las víctimas pueden manifestar, por ejemplo, a través de un aumento de la ansiedad, depresión, de los sentimientos de angustia, tristeza y rabia, estrés, baja autoestima, disfunciones sexuales, ideación o intentos de suicidio, perturbación de pánico, perturbación de estrés postraumático (ej., pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el evento traumático);

Problemas comportamentales: dificultades de relacionamiento interpersonal, aislamiento, agresividad, comportamientos disruptivos, comportamientos autodestructivos (ej., autoagresión, auto-mutilación), perturbaciones de personalidad (ej., personalidad *Borderline*) conducta antisocial y delincuente, comportamientos de

adicción (ej., consumo de alcohol o drogas), comportamientos de riesgo (ej., múltiples parejas sexuales, riesgo de embarazo);

Problemas sociales: pobres relaciones interpersonales, relaciones afectivas débiles y poco estables, rechazo por parte del grupo de pares, aislamiento social, problemas de vinculación, miedos y fobias sociales, entre otros.

Se encuentra documentado en la literatura que una parte considerable de la victimización interpersonal ocurre durante la infancia y adolescencia y la vivencia de situaciones de este tipo puede comprometer el desarrollo ajustado de las víctimas, existiendo una asociación entre victimización y la aparición de problemas de salud mental (de la Vega, et al., 2013; English, 2005; Kazdin, 2011).

Los diversos estudios realizados indican que, independientemente del tipo de victimización, existe una asociación entre este tipo de experiencia y efectos negativos (Holt et al., 2007). En este sentido, es importante conocer el impacto que experiencias de esta naturaleza pueden implicar en la vida de estas víctimas. La investigación sobre victimización y su impacto se ha centrado, casi exclusivamente, en el estudio de una única forma de victimización, los malos tratos, el abuso sexual o el *bullying* (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009). Sin embargo, la tendencia actual de la investigación reside en el estudio simultáneo de diferentes formas de victimización, visto que las diferentes formas de violencia se encuentran intercorrelacionadas (Hamby y Grych in press, citado por Grych y Swan, 2012).

Los primeros estudios han incidido sobre las consecuencias de la experiencia del abuso físico (Kempe et al., 1985), siguiéndose estudios sobre la negligencia y su impacto (Dubowitz, Klokner, Starr y Black, 1998), el abuso sexual (Finkelhor, 1979) y el abuso emocional (Brassard, Hart y Hardy, 1993).

Esta forma de victimización se encuentra asociada a problemas de internalización, tales como la depresión, comportamiento suicida, perturbaciones/trastornos de conducta alimentaria, desajuste psicológico global y de externalización, teniendo como ejemplo problemas académicos, fugas del hogar o problemas de comportamiento (Cicchetti y Toth, 2005; Trickett, et al., 2011; Norman et al., 2012).

A su vez, con respecto a la problemática del *bullying*, estudios indican que las víctimas de esta forma de violencia tienden a reportar mayor soledad, mayor absentismo escolar, mayor ideación suicida, baja autoestima y niveles de depresión más elevados que sus pares no víctimas (Olweus, 1996).

En cuanto a la cuestión de la exposición a la violencia en la comunidad, ésta se ha asociado a problemas de ansiedad, depresión, aumento de la agresividad y bajo rendimiento académico (Margolin y Gordis, 2000).

Como ya se ha mencionado, más recientemente ha surgido una nueva línea de investigación que incide en el estudio de la globalidad de las experiencias de victimización y en su impacto. En contra de lo que se pensaba inicialmente, será la combinación de diferentes formas de victimización, combinación ésta que puede resultar en la manifestación de determinada sintomatología psicopatológica y no la experiencia de una única forma de victimización. Tal conclusión se relaciona con el hecho de que las formas puras de victimización sean muy poco frecuentes, o incluso inexistentes. Además de esta asociación entre diferentes formas de victimización y el surgimiento de sintomatología psicopatológica, estudios refieren que existe igualmente una relación entre la experiencia de múltiples formas de victimización y la manifestación de este tipo de sintomatología. Por consiguiente, el aumento del número de experiencias de victimización potencia el surgimiento de sintomatología

psicopatológica, considerándose la polivictimización un fuerte predictor del desajuste psicológico en los individuos (Forns et al., 2014).

Estudios indican que la experiencia de episodios de violencia, a saber, la exposición a la violencia en la infancia, está asociada con el surgimiento de síntomas de ansiedad, depresión, ideación suicida/intento de suicidio, bajo rendimiento académico delincuencia juvenil, PTSD (Widom, DuMont y Czaja, 2007).

La ansiedad y la depresión son dos de los problemas de salud mental más prevalentes en la infancia y en la adolescencia, afectando a más de un tercio de los niños y adolescentes a lo largo de sus vidas, a pesar de que estén entre los síndromes y trastornos más sobre diagnosticados y peor diagnosticados (Huberty, 2013). Así, si la experiencia de emociones negativas puede tener una función adaptativa, una vez que existe una tendencia de acción específica cuando se alcanzan niveles extremos u ocurre una exposición prolongada a situaciones potencialmente estresantes o traumáticas, dicha exposición puede resultar en el desarrollo de trastornos psicológicos como las perturbaciones de ansiedad, perturbaciones del estado de ánimo, depresión, o perturbación de estrés postraumático, entre otras (Fredrickson, 2000).

Las emociones desempeñan de esta forma un papel preponderante en el bienestar psicológico de los individuos, así como en los estados de salud y enfermedad. En el caso particular de las emociones negativas, el miedo, la rabia, la tristeza, son responsables por experiencias emocionales desagradables, comprometiendo la salud física y psicológica del individuo (Silva, 2000).

La ansiedad y la depresión designan los estados emocionales disfuncionales, resultantes de un descontrol emocional frente a eventos adversos o interpretaciones subjetivas erróneas, que afectan la capacidad del individuo para enfrentar determinados acontecimientos. Son indicadores de desadaptación, de modo que su presencia remite a

una pérdida del equilibrio en el proceso de ajuste frente a un acontecimiento (Azkargorta y Ordoñez, 2011).

La ansiedad se refiere a una vivencia disfuncional de la emoción del miedo, pudiendo no corresponder a una amenaza real, pero antes como anticipación de una amenaza futura, incierta y poco definida, lo que provoca una intensa sensación de impotencia y estrés. En cuanto a la depresión, se refiere a un descontrol de la emoción de tristeza, se manifiesta frente a una situación de pérdida o daño y provoca una disminución o pérdida de placer.

La ansiedad y depresión son el resultado de procesos de estrés, relacionados de la vivencia de acontecimientos específicos (Azkargorta y Ordoñez, 2011). Partiendo de la caracterización teórica de los estados emocionales negativos, como la ansiedad y la depresión, y de acuerdo con las reacciones emocionales que le están asociadas, caso de la ansiedad, tristeza, procedemos al análisis de la sintomatología psicopatológica más recurrente y manifestada por niños y adolescentes víctimas de violencia interpersonal.

Así, y en lo que respecta a la ansiedad, es una reacción emocional que surge ante situaciones de alerta y está presente en todos los individuos en algún momento de sus vidas. Es un estado de ánimo caracterizado por emociones negativas y que implica alteraciones fisiológicas, en que se produce una inquietud anticipada frente a lo que puede ocurrir en el futuro (Barlow, 1998). Por sí sola no constituye un aspecto negativo, pero cuando se manifiesta ultrapasando el umbral considerado óptimo, el cual cambia de individuo para individuo, puede ser incapacitante e incluso patológica. Genéricamente, se considera una respuesta defensiva a una amenaza percibida, dependiendo de la evaluación subjetiva que el individuo haga de la situación u objeto, así que no significa que sea una amenaza real.

La ansiedad puede tener sus primeras señales entorno a los siete-ocho meses de edad, en presencia de la denominada ansiedad a los extraños, caracterizada por la manifestación de miedo o ansiedad delante de extraños o personas poco familiares. Alrededor de los 12-15 meses, el niño habitualmente puede manifestar ansiedad de separación por la figura cuidadora, generalmente la madre, pues siente miedo en perder esta figura de referencia. Este tipo de ansiedad, cuando ocurre dentro de lo expectable, o sea, haberse disipado entorno al segundo año de vida, es indicativo de un desarrollo normativo. Es capaz de predecir los resultados, ocurrencias y trayectorias del individuo, funcionando como un indicador de desarrollo. Así pues, cuando las reacciones ansiosas no son apropiadas para el período de desarrollo que el individuo está atravesando, esto puede indicar la existencia de un problema.

Se puede también definir como una preocupación subjetiva, pues es un proceso cognitivo anticipatorio que engloba pensamientos repetidos acerca de una posible amenaza o sobre las posibles consecuencias. Constituye un proceso cognitivo que implica la presencia de pensamientos recurrentes y que implica la anticipación de resultados negativos, partiendo del presupuesto que existe una amenaza (Del Barrio, 2010).

Andrade y Gorenstein (1998) diferencian la ansiedad en dos tipos, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, en que la primera se refiere a la tendencia o predisposición del individuo a experimentar elevados niveles de ansiedad, que puede ser generalizada y condicionante en un amplio rol de situaciones; en cuanto que la segunda es la tendencia que uno puede sentir en situaciones específicas, ya sea cuando tiene que hablar en público o ante una situación amenazante.

La ansiedad rasgo puede variar entre niveles bajos y altos, siendo que cuanto más elevados más incapacitante puede ser el funcionamiento del individuo,

contribuyendo para bajas performances en su funcionamiento global. A pesar de constituir, en sí misma, una característica de personalidad del individuo una vez que tiende a caracterizar el padrón de funcionamiento general y como tal imposible de ser eliminada, se puede trabajar con el objetivo de reducirse hasta niveles aceptables de funcionamiento del individuo (Spielberger, 1973, citado por Huberty, 2013). Por otra parte, la ansiedad estado se caracteriza por una tendencia a experimentar ansiedad elevada en situaciones específicas (Huberty, 2013).

Es frecuente ocurrir en presencia de situaciones de adversidad, como es la experiencia de violencia, y es indicador de problemas de ajuste en los niños y adolescentes. Se encuentra asociada a una variedad de síntomas y problemas así que, si no se identifica y se trata a tiempo, puede comprometer el funcionamiento social, personal y académico del individuo a lo largo de la vida (APA, 2014).

La sintomatología ansiosa es variada y los niños y adolescentes que presentan estados ansiosos pueden manifestar a nivel cognitivo: problemas de concentración, memoria, atención, hipersensibilidad, dificultades de resolución de problemas, preocupación excesiva, distorsiones y deficiencias cognitivas, problemas en el estilo de atribución; a nivel comportamental: agitación motora, inquietud, discurso rápido, comportamiento errático, irritabilidad, retraimiento, perfeccionismo, poca participación, dificultad para completar tareas, búsqueda de tareas fáciles y por último, a nivel psicológico: tics, dolores recurrentes y localizadas, ritmo cardíaco acelerado, rubor de la piel, sudoración, dolores de cabeza, tensión muscular, dificultad para dormir, náuseas, vómitos y enuresis (Huberty, 2013). Sin embargo, esta sintomatología puede evolucionar a cuadros más severos en forma de diversos trastornos, desde ansiedad de separación, el único trastorno específico de la infancia, los demás trastornos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad social,

trastorno de ansiedad específica, trastorno de pos estrés traumático y trastorno de ansiedad de pánico, pueden ocurrir en niños y adolescentes, pero no son exclusivos de ese período de la vida (APA, 2014). Se estima que puede entre 1% al 3% de los niños y entre un 10% al 30% de los adolescentes, puedan manifestar alguno de estos síntomas ansiosos (Pine y Klein, 2008). En términos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se estima una tasa de prevalencia entre el 15% y el 20% en muestras comunitarias (Beesdo, Knappe y Pine, 2009).

En suma, la ansiedad es una reacción emocional frecuente, que ocurre en respuesta a una situación evaluada por el sujeto como potencialmente amenazadora y que implica una activación psicofisiológica en forma de diferentes síntomas (palpitación, aumento de la frecuencia cardíaca, distorsiones cognitivas) y puede culminar en el desarrollo de trastornos. La ansiedad tiende a desarrollarse de manera lenta a lo largo del tiempo y a tornarse padrones o trazos estables del comportamiento del individuo.

Relativamente al concepto de depresión, puede referirse a un estado afectivo normal resultante de la vivencia de un sentimiento de tristeza, a un síntoma, un síndrome, o enfermedad (Del Porto, 1999). Ocurre como reacción a un acontecimiento de vida negativo y potencialmente traumático (ej., pérdida de un ente querido, episodios de violencia, catástrofes); se manifiesta a través de un conjunto alargado de síntomas como anhedonia, disforia, irritabilidad, problemas de peso y apetito, de sueño, fatiga, agitación o lentitud motora, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pensamientos mórbidos y de suicidio (Del Barrio, 2010; DSM - 5, 2014) que pueden afectar el funcionamiento cognitivo, afectivo, comportamental y fisiológico del individuo, durante un período significativo de tiempo establecido, por lo menos dos semanas (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004; Miller, Greif y Smith, 2003).

Constituye un problema de salud pública, atendiendo al número de enfermos en todo el mundo, en todos los grupos de edades y estratos sociales existentes. Según la OMS, existen más de 100 millones de personas con perturbaciones depresivas, que a menudo resultan en suicidio o intento de suicidio (WHO, 2010). Estudios indican que cada año cerca de 4 millones de adolescentes en todo el mundo cometen tentativas de suicidio, mientras que cerca de 100.000 cometen suicidio, siendo actualmente la tercera causa de muerte en la adolescencia a nivel mundial (OMS, 2000).

Este estado afectivo presenta síntomas cognitivos, comportamentales y físicos propios, sin embargo, otros son comunes a la ansiedad, los cuales se describen para mejor comprensión.

A nivel cognitivo los individuos pueden manifestar pensamiento “todo o nada”, distorsiones cognitivas (catastrofización), problemas de memoria, concentración y atención, locus de control interno, visión negativa de sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, dificultades en los procesos mentales con presencia del pensamiento automático, estilo de atribución negativo, afecto negativo, sentimientos de miedo, impotencia, desespero, baja autoestima, dificultad en tomar decisiones, sentimientos de pérdida de control, ideación suicida; a nivel comportamental, humor depresivo, aislamiento social, esfuerzo disminuido; a nivel académico apariencia descuidada, desinterés por las actividades sociales, respuestas inadecuadas a acontecimientos, irritabilidad, apatía, resistencia física para la realización de tareas o en su conclusión, ideación de muerte y tentativa de suicidio; por último, a nivel psicológico, agitación o letargia psicomotora, quejas somáticas, alteraciones del apetito, con exceso o falta del mismo, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía o fatiga (Buela-Casal, Sierra y Cano, 2010; Huberty, 2013).

La sintomatología descrita está presente en las diversas perturbaciones del estado de ánimo identificadas, caso de la Perturbación Depresiva Mayor, la más común entre los adolescentes, con una tasa de ocurrencia de cerca del 20% (Cole et al., 2002; Garber, Keyley y Martin, 2002; citado por Huberty, 2013), la Distimia y el Trastorno Bipolar.

Los trastornos depresivos son más comunes en adolescentes, comparativamente con niños, verificándose una tasa de prevalencia preocupante, a pesar de la discrepancia de resultados. En muestras comunitarias la tasa de prevalencia es de entre 1% y 3% en niños en edad escolar, y entre 15 y 20% en adolescentes (Garber y Horowitz, 2002; Lewinsohn y Essau, 2002, citado por Klein, Dougherty y Olin, 2005). Sin embargo, en muestras clínicas las tasas de prevalencia son considerablemente más elevadas, que van desde el 8% al 15% en niños y adolescentes, respectivamente (Schwartz, Gladstone, y Kaslow, 1998, citado por Klein, Dougherty y Olin, 2005).

Como ya se ha referido, alguna de la sintomatología depresiva y ansiosa es común tanto para los trastornos de ansiedad como para las perturbaciones del humor, existiendo una tasa de comorbilidad durante la infancia y la adolescencia que oscila entre el 30% y el 40% (Toro, 1991; Del Barrio, 2007, citado por Del Barrio, 2011).

Por último, referir que la manifestación de episodios depresivos o hasta trastornos durante la infancia y adolescencia, es un fuerte indicador de trayectorias de desarrollo negativas en la edad adulta, por lo que su detección y tratamiento precoz es fundamental para el bienestar y salud mental de niños y adolescentes.

El estrés es una reacción adaptativa en respuesta a una situación de tensión, con vistas a la reposición del equilibrio interno del individuo. A lo largo del proceso de desarrollo el individuo se enfrenta a situaciones de estrés (ej., testigos de violencia entre los padres) que alteran su equilibrio y pueden provocar reacciones físicas o psicológicas

desajustadas y, por consiguiente, malestar. También se puede considerar un estímulo, producido en términos de acontecimiento estresante, que provoca una tensión y obliga al organismo a buscar el equilibrio previo (Bishop, 1994). Estos acontecimientos se describen según tres categorías: acontecimientos catastróficos (ej., terremotos); acontecimientos traumáticos (ej., muerte de un familiar, accidentes de tráfico) y acontecimientos crónicos (ej., malos tratos, pobreza).

Para Selye (1979), el estrés es visto en términos de respuesta psicofisiológica del individuo ante un determinado estresor. Su vivencia puede provocar situaciones de tensión y desencadena una respuesta fisiológica no específica ante exigencias de cambio. A este conjunto de respuestas desencadenadas por el organismo se ha denominado de Síndrome General de Adaptación (AGS) (Selye (1974). Se describe como teniendo tres fases, llamadas de alarma, resistencia y agotamiento. La primera fase (alerta) se caracteriza por ocurrir un aumento de energía debido a la producción de adrenalina, asegurando la supervivencia; la segunda (resistencia) se caracteriza por el mantenimiento de la homeostasia del organismo, mientras que la última fase (agotamiento) ocurre cuando los factores de estrés persisten en frecuencia e intensidad, y el organismo no puede resistir, conllevando, a veces, a la aparición de enfermedades físicas y psicológicas, tales como infarto, depresión, y ansiedad (Pinto, Martins, Pinheiro y Oliveira, 2015; Selye, 1951).

Por último, Lazarus y Folkman (1984) consideraron el estrés en cuanto proceso que implica acontecimientos estresantes y respuestas de tensión y que resulta de la interacción entre el individuo y el ambiente. De acuerdo con esta perspectiva, se puede definir el estrés como un proceso general de adaptación a exigencias ambientales o eventos que el individuo interpreta o evalúa como excediendo sus propios recursos personales y que ponen en riesgo su bienestar (Folkman, Lazarus, Gruen y Delongis,

1986). El proceso de estrés supone una reacción compleja por parte del individuo a diversos niveles, sobre todo a nivel biológico, psicológico y social (Cano-Vindel, 2010).

Sin embargo, no todo el estrés es nocivo para el individuo y para su salud, existiendo niveles óptimos para su desarrollo. Por consiguiente, Selye (1974) ha distinguido dos tipos de estrés: el distrés, asociado a sentimientos hedónico negativos, o sea, relacionado con las emociones negativas desagradables y asociado a consecuencias negativas, si persistente a lo largo del tiempo; y el eustrés, concerniente a sentimientos hedónico positivos, es decir, a emociones agradables, positivas, con un impacto positivo en la vida del individuo.

Un aspecto importante en el estudio del estrés es saber que, no es tanto la situación en sí la que genera estrés, si no la valoración e interpretación que se hace de ella (Del Barrio, 2010). Sus causas pueden ser variadas, de naturaleza interna, dependiendo del propio individuo, o externas, relacionadas con el ambiente (familia, comunidad). Cuando la evaluación efectuada por el individuo del acontecimiento estresor y su capacidad para enfrentar el acontecimiento se reconocen como insuficiente, puede resultar en consecuencias para su salud física y psicológica, y en el desarrollo de enfermedades (ej., trastornos de ansiedad, depresión).

A partir de lo expuesto, la ansiedad, la depresión y el estrés se refieren a un conjunto de emociones y sentimientos que los individuos, de forma casi inevitable, van experimentando en la vida y que varían en su frecuencia, intensidad y duración (Hetem y Graeff, 2004; citado por Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro y Marôco, 2009). Tal como se mencionó anteriormente, la ansiedad y la depresión presentan una elevada comorbilidad, siendo difíciles de distinguir a nivel clínico y empírico, aunque distintas desde el punto de vista fenomenológico y conceptual.

Reconocida esta dificultad, Clark y Watson (1991) desarrollaron el Modelo Tripartito con el objetivo de ayudar a clarificar la relación entre los dos constructos. Los autores han propuesto que los síntomas de ansiedad y depresión tienden a agruparse en tres dimensiones: afecto negativo, afecto positivo y excitación somática. La primera denominada de distrés o afecto negativo, en que se incluyen síntomas inespecíficos asociados a la ansiedad y depresión (ej., más humor deprimido y ansioso, insomnio, malestar o insatisfacción, irritabilidad y dificultad para concentrarse), experimentados por individuos ansiosos y depresivos. La segunda con respecto a la ausencia de afecto positivo, incluye los síntomas de anhedonia, específicos de la depresión, tales como la falta de entusiasmo, excitación y energía. Por último, la excitación somática es la dimensión relativamente específica de la ansiedad que incluye síntomas como tensión e hiperexcitación (Clark y Watson, 1991; Pais-Ribeiro, Honrado y Leal, 2004).

A través de este modelo y del desarrollo de un instrumento psicométrico capaz de evaluar estas dimensiones, viene siendo posible estudiar los síntomas emocionales, de forma a identificar y tratar perturbaciones decurrentes, por ejemplo, de la vivencia de experiencias de victimización.

2.1. Estudios empíricos - victimización y sintomatología psicopatológica

Como se ha expuesto, la experiencia de episodios de victimización (ej., victimizaciones criminales, malos tratos, victimización sexual, victimización entre pares y hermanos, testimonio o victimización indirecta y victimización a través de *Internet*) puede conducir a la aparición de problemas de salud mental (ej., depresión, ansiedad, comportamiento delincuente, síntomas o trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, ideación suicida) (Cater, Andershed y Andershed, 2014; Chan, 2013;

Greene, Ford, Wakefield y Barry, 2014; Jackson et al., 2016; Kirchner, et al., 2011; Soler et al., 2013; Soler et al., 2015).

Ser víctima de cualquier forma de violencia constituye una experiencia negativa que puede conducir a la aparición de dificultades de ajuste y afectar al bienestar del individuo a lo largo de su desarrollo. En el ámbito de la revisión de la literatura efectuada, se identificaron diversos estudios que buscan analizar el impacto de un tipo específico de victimización, por ejemplo, la negligencia (Tackett y Eckenrode, 1996); estudios que analizan grupos de victimizaciones, donde se investiga la relación entre más de un tipo de maltrato y sus consecuencias (ej., abuso sexual y negligencia) (Witt, Münzer, Ganser, Fegert, Goldbeck y Plener, 2016; Young y Widom, 2014) y, por fin, estudios que visan a analizar la globalidad de las victimizaciones sufridas por los niños y adolescentes y el impacto sufrido por las víctimas en el desarrollo (Finkelhor, Ormrod y Tuner, 2007; Pereda et al., 2014a; Soler et. al., 2015).

En este punto se presentarán algunos de los principales estudios revisados en la literatura que analizan el impacto de la victimización a nivel de sintomatología psicopatológica, durante la infancia y adolescencia, teniendo en cuenta las variables género y edad.

Estudios indican la existencia de una relación entre la vivencia de malos tratos por parte del progenitor o de la figura cuidadora y el surgimiento de problemas a corto y largo plazo (Trickett et al., 2011).

Norman y colaboradores (2012), en un estudio de revisión sistemática de la literatura en que se reunieron 285 artículos científicos, 124 de ellos consideraron la existencia de una relación entre malos tratos no sexuales (maltrato físico, psicológico y negligencia) y varios problemas de salud a largo plazo, a saber, a través del surgimiento de enfermedades mentales, comportamientos de adicción, tentativas de suicidio,

enfermedades transmitidas sexualmente y comportamientos de riesgo. El mismo estudio concluyó que la negligencia puede ser tan perjudicial para el desarrollo del niño como ser maltratada física o emocionalmente.

En Portugal, en un estudio realizado por Dias, Sales, Hessen y Kleber (2015), con el propósito de estudiar las consecuencias de los malos tratos en la infancia a largo plazo y su asociación con la manifestación de sintomatología psicopatológica, concluyeran que el maltrato emocional es un predictor significativo de sintomatología psicopatológica, es decir, al nivel del surgimiento de ideaciones paranoides, depresión y dificultades de relacionamiento interpersonal.

En un estudio realizado en España por De la Vega y colaboradores (2013), con el fin de analizar el impacto del maltrato psicológico y de sus subtipos en niños y adolescentes de edades comprendidas entre cuatro y 17 años de edad, concluyeron que cuanto mayor el número de subtipos de maltrato psicológico presentes, mayor es el impacto en el funcionamiento de las víctimas, en particular a nivel psicopatológico. De acuerdo con las autoras, cuantos más tipos de maltrato psicológico el niño sufre, mayor la severidad de los síntomas psicopatológicos manifestados, verificándose un aumento de los problemas de internalización (ansiedad, depresión y aislamiento), siendo esta área la que más se relaciona con la ocurrencia del maltrato psicológico. Otro aspecto a destacar es el efecto acumulativo de las experiencias de victimización, constatándose que, cuanto mayor el número de comportamientos de abuso psicológico vivenciados, más comprometido está el funcionamiento global de la víctima, manifestando problemas de internalización, externalización, problemas sociales, comportamientos disruptivos.

Con respecto a las diferencias de género, estudios indican que los chicos víctimas de malos tratos tienden a exhibir más comportamientos de externalización,

comparativamente con las chicas que presentan un riesgo más elevado de manifestar problemas de internalización (ej., ansiedad, depresión) (Thompson, Kingree y Desai, 2004).

Por lo que respecta a la diferencia de edad de las víctimas, estudios indican que los niños más jóvenes víctimas de malos tratos tienden a presentar más problemas de internalización, comparativamente con adolescentes que presentan más problemas de externalización (Lauterbach y Armor, 2016).

En un estudio llevado a cabo por Valentino, Cicchetti, Rogosch y Toth (2008) con niños y adolescentes en edades entre los ocho y los 13.5 años, víctimas de malos tratos y no víctimas, verificaron que el grupo de las víctimas presentó niveles más elevados de sintomatología psicopatológica, en concreto mayores niveles de problemas de internalización (aislamiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión), comparativamente con el grupo de niños no víctimas. Dentro del grupo de niños víctimas, fueron las que sufrieron malos tratos físicos y sexuales las que presentaron niveles más elevados de síntomas psicopatológicos, en comparación con las víctimas de negligencia.

De la revisión de la literatura y, en particular, de los estudios mencionados, se concluyó que la victimización por parte de las figuras cuidadoras constituye una experiencia de riesgo, potencialmente traumática, con consecuencias a veces graves para el desarrollo de niños y adolescentes, cuyos efectos se manifiestan en diversos ámbitos de su desarrollo.

Los estudios indican la existencia de diferencias de edad, en cuanto al impacto de esta forma de victimización, siendo los adolescentes aquellos que presentan mayores niveles de psicopatología, comparativamente con los niños más pequeños.

Está también demostrado que la variable género conduce a diferencias significativas en la victimización por parte de los cuidadores, siendo más frecuente las chicas ser víctimas de abuso sexual, en cuanto los chicos son víctimas en mayor número de abuso físico. En relación a la presencia de sintomatología psicopatológica, los chicos tienden a exhibir más síntomas de externalización, comparativamente con las chicas que presentan tendencialmente niveles más elevados de problemas de internalización.

Relativamente a la victimización entre pares, o sea, el *bullying*, es visto como un problema social capaz de causar un gran impacto en la vida de las víctimas.

Numerosos estudios prueban la existencia de una asociación entre la victimización de pares y el surgimiento de problemas de internalización (ej., sentimientos de soledad, miedos relacionados con la escuela, la ansiedad, evitación, depresión, baja autoestima, PTSD), (Barchia y Bussey, 2010; Espinoza, Gonzales y Fuligni, 2013; Hawker y Boulton, 2000; Reijntjes, Kamphuis, Prinzie y Telch, 2010; Sansen, Iffland y Neuner, 2014; Storch y Esposito, 2003) y bajo rendimiento escolar (Espelage, Hong, Rao y Low, 2013).

Por otro lado, la asociación entre la victimización entre pares y el surgimiento de problemas de externalización (manifestación de conducta agresiva, faltar a clases, delincuencia) no es clara. Estudios comprueban esta relación, en cuanto otros identifican una relación bidireccional, o sea, el surgimiento de problemas de externalización resulta de la propia victimización o, por otro lado, manifestar este tipo de problemas puede conducir a la victimización por parte de los pares (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, Boelen, Van der Schoot y Telch, 2011).

Perren y Ladd (2013), en un estudio cuyo objetivo fue analizar el efecto de la victimización entre pares en el surgimiento de problemas de externalización, con una muestra de niños de 5° grado con una media de edades de unos 11 años, concluyeran

que la experiencia de este tipo de victimización es predictor de un aumento de problemas de externalización a lo largo de lo tiempo.

El tipo de problemas de ajuste parece estar asociado con las formas sostenidas sufridas, por lo que, en diversos estudios (Crick y Nelson, 2002; Van der Wal, de Wit y Wirasing, 2003), la experiencia de *bullying* del tipo relacional tiende a estar asociada a problemas de internalización (ej., depresión, ansiedad social, ideación suicida), en cuanto formas de victimización físicas están asociadas a problemas de externalización (Prinstein, Boergers y Vernberg, 2001).

Sansen y colaboradores (2014), en un estudio cuyo objetivo fue analizar la asociación entre la victimización de pares y el surgimiento de síntomas psicológicos concluyeron que la victimización del tipo relacional se puede considerar un factor de riesgo para el aumento generalizado de sintomatología psicopatológica, a saber: problemas psicosomáticos (ej., dolores de cabeza o de estómago, dificultades para dormir), pensamientos obsesivo-compulsivos, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, con mayor expresión en todos los grupos, la sensibilidad interpersonal.

Otro de los aspectos a considerar es el impacto de este tipo de victimización a corto y largo plazo. En lo que respecta a los diversos tipos de sintomatología manifestada está documentado en la literatura que los problemas de internalización tienden a ser más persistentes a lo largo del tiempo y, consecuentemente, durante más tiempo del desarrollo de la víctima, pudiendo subsistir hasta la edad adulta (Reijntjes et al., 2010).

Estudios indican que los chicos experimentan más episodios de victimización del tipo físico, o sea, comportamientos de victimización abiertos, comparativamente con

las chicas que tienden a ser víctimas de más episodios de violencia relacional, es decir, de comportamientos encubiertos (Dukes, Stein y Zane, 2010; Sinclair et al., 2012).

Sin embargo, y relativamente al impacto de la experiencia de la victimización entre pares, no existe consenso en lo que respecta a sus consecuencias, existiendo estudios que consideran a las chicas más predispuestas a la ocurrencia de problemas de internalización (Siegel et al., 2009), en cuanto otros estudios no identifican diferencias de género para el surgimiento de este tipo de sintomatología, manifestándose de igual forma, independientemente del género de la víctima (Stapinsky, Araya, Heron, Montgomery y Stallard, 2015). Este es un aspecto que se explica por el hecho de que, en esta fase del desarrollo, chicos y chicas atribuyen igualmente gran importancia al grupo de pares y al modo como se relacionan entre sí (Espelage y Holt, 2001).

Considerando la variable edad, estudios indican que es durante el medio de la infancia e inicio de la adolescencia que la tasa de prevalencia de victimización entre pares es más elevada, disminuyendo a lo largo de la adolescencia. Este es un fenómeno que presenta mayor prevalencia en los primeros años del trayecto escolar, con un aumento sustancial en la transición entre la enseñanza básica (6º año de escolarización) y la enseñanza secundaria (7º año), o sea, entre los 11 y los 13 años de edad, disminuyendo hasta el inicio de la edad adulta (Eslea y Rees, 2001, citado por Diaz-Aguado, 2005; Sinclair et al., 2012).

La literatura refiere que la victimización, en una fase precoz del desarrollo del niño, aumenta la probabilidad de consecuencias negativas a lo largo del tiempo, siendo posible que surjan comportamientos de abuso (ej., fumar), enfermedades psicosomáticas, dificultades de relacionamiento y de desarrollo educativo (Copeland, Wolke, Angold y Costello, 2013; McGee et al., 2011; Niemelä et al., 2011; Takizawa, Maughan y Arsencault, 2014, citado por McDougall y Vaillancourt, 2015).

Con respecto al impacto de la victimización entre hermanos, puede ocurrir a diferentes niveles, es decir, a través del apareamiento de problemas de internalización (ej., depresión, soledad, baja autoestima, elevados niveles de ansiedad) (Caffaro y Conn-Caffaro, 1998; Kim, McHale, Crouter y Osgood, 2007; Wiehe, 1998), así como problemas de externalización (ej., dificultades académicas, perturbaciones alimentares, *bullying*, comportamientos delincuentes o pre-delincuentes, uso de drogas, armas) (Eriksen y Jensen, 2009).

Su efecto a corto plazo se puede hacer sentir a través de un aumento de la sintomatología depresiva y ansiosa, sentimientos de soledad y dificultades de concentración. Por otro lado, las consecuencias a largo plazo pueden potenciar un aumento en la prevalencia de perturbaciones alimentares, comportamientos de abuso (uso de drogas, alcohol), dificultad de relacionamiento con el grupo de pares y parejas íntimas (mantener relaciones de intimidad), ya sea durante la adolescencia o en la edad adulta, problemas académicos, entre otros. (Eriksen y Jensen, 2008; Wiehe, 1998).

Stocker, Burweel y Briggs (2002), en un estudio longitudinal cuyo objetivo fue estudiar la relación entre la ocurrencia de conflictos entre hermanos y su ajuste psicológico, y en el cual participaron 136 niños en edad escolar, concluyeron que la existencia de una relación conflictiva entre los hermanos es un factor predictor para el apareamiento de síntomas de ansiedad, depresión y comportamiento delincente.

En un estudio de revisión de la literatura realizado por Buist, Dekovic y Prinzie (2013), con el objetivo de investigar la asociación entre las cualidades de la relación entre hermanos (niños y adolescentes) y el apareamiento de problemas de internalización y externalización, se concluyó que la cualidad del relacionamiento entre hermanos, la ocurrencia de pocos conflictos y pequeña diferenciación de trato, son

variables positivamente asociadas a la aparición de pocos problemas de internalización y externalización.

La literatura no es clara en cuanto al impacto de la violencia entre hermanos teniendo en cuenta la variable edad. De este modo, Tucker, Cox, Sharp, Van de Gundy, Rebellon y Stracuzzi (2013), en un estudio realizado con vista a comprender los comportamientos de agresividad relativa y proactiva entre adolescentes víctimas de violencia por parte de hermanos, concluyeron que estos individuos presentan una predisposición significativamente mayor para involucrarse en agresiones reactivas con hermanos más próximos de su edad.

En síntesis, los niños y adolescentes victimizados simultáneamente por el grupo de pares y por los propios hermanos presentan peores indicadores de salud mental, comparativamente con sus pares que sólo sufren una de estas formas de victimización (Tucker et al., 2014).

Procediendo ahora al análisis del impacto de las experiencias de victimización de naturaleza sexual en el desarrollo de niños y adolescentes, verificamos la existencia de un número elevado de estudios sobre este tema, especialmente sobre el abuso sexual de niños, lo cual hace de esta área una de las más explotadas y donde se acumula saber.

Las consecuencias a corto plazo pueden ocurrir por lo menos en el 80% de las víctimas y persistir hasta la edad adulta. En cuanto a las consecuencias a largo plazo, se caracterizan por ser menos frecuentes y más difusas que las iniciales, manifestándose en por lo menos 30% de las víctimas (Echeburúa y Corral, 2006).

No obstante, y a pesar de los estudios sobre la temática del abuso sexual y en particular de sus consecuencias, reconocen su impacto en diversas dimensiones del funcionamiento de las víctimas, no existe un patrón único de síntomas común (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993). Más bien, la sintomatología manifestada puede

ser diversificada y, a menudo, similar a otros tipos de victimización (ej., maltrato físico, maltrato psicológico) (Echeburua y Guerricaechevarría, 2011). A excepción de la presencia de comportamientos sexualizados inapropiados, de la necesidad prematura de estimulación sexual o de la promiscuidad sexual, los demás síntomas descritos son comunes a otras formas de victimización (Gail, 2009; Kendall-Tackett et al., 1993).

Las consecuencias sufridas por las víctimas pueden hacerse sentir en diversas áreas de su vida, sea a nivel físico, psicológico o social, sea a corto plazo, en una fase subsecuente al abuso, pudiendo subsistir hasta los dos años siguientes o a largo plazo, en los dos años siguientes al acontecimiento (Widom, 2014).

Pereda (2009), en un estudio de revisión de la literatura, sistematizó las principales consecuencias a corto plazo descritas, que se presentan en seguida:

- 1) Problemas emocionales (síntomatología pos-traumática, síntomas de ansiedad e depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa y estigmatización, ideación o comportamiento suicida);
- 2) Problemas cognitivos y de desempeño académico (disminución de la capacidad de atención y concentración, sintomatología hiperactiva, disminución del rendimiento académico);
- 3) Problemas relacionales (disminución y dificultad de interacción con el grupo de pares y adultos), funcionales (problemas de sueño, pérdida de control de los esfínteres, problemas alimentares);
- 4) Problemas de comportamiento (comportamientos sexualizados conformidad compulsiva, comportamientos disruptivos y agresivos).

Posteriormente, la misma autora, y partiendo de la revisión de la literatura, identificó diversas áreas funcionales susceptibles de ser afectadas a largo plazo por la experiencia de abuso sexual, a saber (Pereda, 2010):

- 1) Problemas emocionales: trastornos depresivos y bipolares, síntomas y trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas (ej., negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección), conductas autolesivas, ideas e intentos de suicidio y la baja autoestima);
- 2) Problemas relacionales: mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, bajos niveles de participación en actividades comunitarias, desajuste en las relaciones de pareja, dificultades en cuidar de los hijos, uso más frecuente del castigo físico ante conflictos con los hijos y una depreciación general del rol maternal;
- 3) Problemas de comportamiento y adaptación social: mayores niveles de hostilidad en víctimas que en grupos control, mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta, problemas funcionales (ej., dolores físicos sin razón médica que los justifique, algunas cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales), trastornos de la conducta alimentaria especialmente de bulimia nerviosa, trastornos de conversión que incluyen la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima, crisis convulsivas no epilépticas, síntomas y trastornos disociativos, desórdenes ginecológicos (ej., dolores pélvicos crónicos, inicio significativamente temprano de la menopausia), trastornos relacionados con el abuso de sustancias, peor estado de salud física general real y subjetiva y problemas sexuales (ej., sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual).

2.1.1. Impacto según las variables género y edad

A continuación, se presentan algunos estudios que analizan las consecuencias de formas de victimización específicas, según las variables género y edad de las víctimas.

Trickett, Noll y Putman (2011) desarrollaron un estudio longitudinal a lo largo de 23 años, con chicas víctimas de abuso sexual intrafamiliar con edades entre los seis y los 16 años, y concluyeron que, en media, estas víctimas revelan una trayectoria de desarrollo más problemática, viendo su funcionamiento personal afectado comparativamente con no víctimas de abuso sexual. Estas consecuencias ocurren a nivel biopsicosocial, es decir, con el inicio precoz de la pubertad, déficits cognitivos, depresión, síntomas disociativos, desarrollo sexual desadaptado, perturbaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) debido a la exposición a episodios estresantes, como es el caso del abuso sexual, respuestas desajustadas al estrés, elevadas tasas de obesidad, más problemas de salud y mayor tasa de utilización de los cuidados de salud, abandono escolar, auto mutilación, más diagnósticos de enfermedades mentales, revictimización física y sexual, partos prematuros, embarazo en la adolescencia, uso de alcohol y drogas y violencia doméstica.

Además de los síntomas más frecuentes identificados y descritos en la literatura desde hace varios años, se identificaron otros menos estudiados, pero igualmente asociados con la experiencia de esta forma de victimización (ej., perturbaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) debido a la exposición a episodios estresantes).

Se constata del análisis de la literatura mayor prevalencia de estudios que se ocupan de las víctimas del sexo femenino, en detrimento de las masculinas. A pesar de esta diferenciación, los estudios realizados a lo largo de los años no reconocen

diferencias entre los dos géneros, ya sea en cuanto al impacto, ya sea cuanto a la sintomatología resultante de la experiencia de abuso sexual (Briere, Evans, Runtz y Wall, 1988; Tolin y Foa, 2006).

En general, chicos y chicas tienden a experimentar el mismo patrón de síntomas de estrés, por ejemplo, miedos, problemas de estrés y distracción (Conte, Berliner y Shuerman, 1986, citado por Finkelhor, 1990). Sin embargo, y aunque en menor número, existen algunos estudios que identifican diferencias a nivel de la sintomatología sufrida entre víctimas del género masculino y femenino (Gomes-Schwartz, Horowitz y Cardarelli, 1990, citado por Finkelhor, 1990).

A nivel de los problemas de internalización y externalización se detectan algunas diferencias entre los dos géneros, siendo que los chicos demuestran más comportamientos de agresividad y puntúan más alto en la escala de externalización (Gomes-Schwartz et al., 1990, citado por Finkelhor, 1990), en cuanto que las chicas relatan con más frecuencia síntomas depresivos (Conte et al., 1986, citado por Finkelhor, 1990).

Las consecuencias que pueden resultar de una experiencia de esta naturaleza se manifiestan según formas específicas, de acuerdo con la fase de desarrollo que atraviesa la víctima.

Así, en edad preescolar (0-6 años) es común que las víctimas experimenten varios problemas somáticos (ej., dolores de cabeza, dolor de estómago), comportamientos regresivos (ej., enuresis), retrasos en el desarrollo (ej., pesadillos), problemas de internalización (ej., ansiedad, aislamiento), Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEP), comportamiento sexual inadecuado (ej., masturbación excesiva o en público) (Finkelhor, 1990; Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Ya en la edad escolar (7-12 años) es frecuente que aparezcan algunos de los síntomas presentes en la fase anterior, como por ejemplo enuresis, dolores de cabeza y estómago, comportamiento sexual inapropiado, pesadillas, así como ansiedad, depresión y aislamiento. No obstante, pueden surgir nuevos problemas, como trastornos disociativos, dificultad de relacionamiento con el grupo de pares, bajo rendimiento académico, así como problemas de externalización (ej., manifestación de comportamientos agresivos, problemas de comportamiento).

Por último, durante la adolescencia (13-17 años) los síntomas presentes son muchos de ellos idénticos a los de las fases del desarrollo previo, ya sea a nivel de los problemas de internalización como de externalización, (depresión, aislamiento). Pueden, sin embargo, surgir otros, siendo los más comunes ideación o intentos de suicidio, autoagresión, comportamientos disruptivos y delincuentes, fuga de casa, uso de sustancias y comportamiento sexual inadecuado (comportamientos de riesgo – múltiples parejas, embarazo en la adolescencia) (Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007 citado por Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Estos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta, no obstante, existen estudios que refieren la ocurrencia de una disminución de los efectos a largo plazo, con el paso del tiempo, verificando que 2/3 de los hombres y 1/3 de las mujeres víctimas de abuso sexual no manifestaban sintomatología clínica durante la edad adulta (Rind, Tomovich y Bauserman, citado por Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Sin embargo, en aproximadamente un tercio de los casos ocurre un agravamiento de la situación (Saywitz et al., 2000).

La literatura refiere la existencia de factores que pueden influenciar el impacto del abuso sentido por la víctima, moderando o ampliando los efectos negativos experimentados en secuencia de este tipo de victimización. Son las características del

episodio abusivo (ej., tipo de abuso – con o sin contacto físico, frecuencia, duración, relación con el agresor, uso de la fuerza), asociadas a las características de la propia víctima (ej., temperamento, relación de vinculación) y a los factores de riesgo y protección pre existentes (ej., soporte social, recursos emocionales y financieros), que influyen en el impacto del abuso.

Diversos autores indican que las consecuencias pueden ser más graves cuando ocurren con más frecuencia, de forma más duradera, si el acto abusivo se practicó con el uso de la fuerza, cuando la severidad de estos actos es mayor y si existe una relación de parentesco entre abusador y víctima (Browne y Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett, et al., 1993; Saywitz, et al., 2000; Trickett et al., 2011).

En suma, la experiencia del abuso sexual constituye una situación de riesgo para el desarrollo normativo de la víctima, pudiendo ser afectada negativamente en diversos aspectos de su funcionamiento. Sin embargo, el impacto sufrido es altamente variable, existiendo víctimas profundamente afectadas, en cuanto otras no lo están. Los síntomas que podrán surgir después de una experiencia de victimización de esta naturaleza son inúmeros, algunos de ellos comunes a otras formas de abuso y victimización, no existiendo un síndrome específico pos-abuso sexual (Saywitz et al., 2000). Con todo, el comportamiento sexual problemático es un síntoma característico de este tipo de experiencia, sin embargo, su aparecimiento debe ser visto como mero indicador de un posible abuso.

Considerando ahora el impacto del testigo de violencia familiar y comunitaria, estudios indican que la vivencia de esta forma de victimización se encuentra asociada a una variedad de consecuencias negativas que pueden afectar el bienestar y la salud física y mental de los individuos. De modo a analizar el impacto de la exposición y testimonio de violencia en estos dos contextos, se presentarán las principales

consecuencias descritas en la literatura, conforme la exposición y testimonio ocurre en contexto familiar o comunitario.

La exposición a la violencia en el contexto familiar constituye una de las experiencias más adversas, pero también más frecuentes durante la infancia y adolescencia (Margolin y Gordis, 2000). De acuerdo con Graham-Bermann y Perkins (2010) la exposición precoz a eventos de vida potencialmente traumáticos puede llevar al apareamiento de problemas de ajuste.

Existen diversos factores descritos en la literatura como siendo responsables por el mayor o menor impacto en el desarrollo de las víctimas. La edad de la primera exposición a la violencia, la cantidad de violencia presenciada por el individuo a lo largo del ciclo vital, la exposición crónica a la violencia, así como la proximidad relacional entre los intervinientes están asociados a un mayor impacto en el ajuste del individuo, o sea, a peores resultados (Martinez y Ritchers, 1993).

Un estudio realizado por Mohammad, Shapiro, Wainwright y Carter (2015), con una muestra de 91 adolescentes en riesgo residentes en casa-refugio, con edades entre los ocho y los 17 años, testigos de violencia doméstica y víctimas de abuso físico o sexual e historial de exposición a la violencia comunitaria, concluyó que la experiencia de diversas formas de violencia está significativamente asociada a un aumento de problemas mentales. La experiencia de violencia familiar, en concreto ser víctima de abuso físico o sexual, es un predictor significativo de sintomatología de PTSD, en cuanto la exposición a la violencia interparental se asocia a la aparición de síntomas de externalización, en concreto comportamientos de agresividad. En relación a la exposición a la violencia comunitaria, esta forma de victimización se relaciona a la sintomatología de internalización y externalización. Estos resultados, en particular el mayor impacto resultante del testimonio de violencia en la familia comparativamente

con la victimización en la comunidad, pueden encontrar explicación en el hecho de que la exposición y testimonio de violencia en el contexto familiar ser considerado más negativo que la violencia en contexto comunitario, atendiendo a la proximidad relacional de los intervinientes (Mohammad et al., 2015).

Referente a la exposición y al testimonio de violencia en contexto comunitario, la literatura sugiere que estar expuesto o ser testigo de esta forma de violencia puede potenciar el riesgo de aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Lynch, 2003).

La literatura describe un vasto conjunto de consecuencias que niños y adolescentes pueden experimentar cuando son expuestos o son testigos de violencia en la comunidad, pudiendo verse afectados en diversos dominios del funcionamiento, como siendo el dominio cognitivo (ej., retraso en el desarrollo cognitivo, bajo desempeño académico, etc.), comportamental (ej., agresividad, delincuencia), social (dificultad en relacionarse como los pares y adultos) y emocional (baja autoestima) (Margolin y Gordis, 2004).

De otro modo, la victimización resultante de la violencia en la comunidad puede ser analizada según los problemas de internalización y externalización manifestados. Por tanto, los niños y adolescentes expuestos o testigos de violencia en un contexto comunitario tienden a manifestar problemas de internalización, tales como ansiedad, depresión, síntomas o perturbación de stress postraumático, así como problemas de externalización, por ejemplo, abuso de sustancias, fracaso académico, delincuencia y comportamiento agresivo.

En un estudio desarrollado en los Estados Unidos de América, con una muestra de 935 estudiantes de la enseñanza secundaria expuestos a violencia en contexto comunitario (comunidad y escuela) y familiar (violencia interparental), se verificó que la exposición en los dos contextos está asociada a la aparición de dificultades de ajuste

en las víctimas, especialmente a la manifestación de comportamientos agresivos. En el mismo estudio, se identificaron diferencias significativas en cuanto a la variable género, en que la exposición a la violencia comunitaria fue un factor predictivo más significativo para la ocurrencia de problemas de comportamiento en los chicos que en las chicas. No obstante, para las chicas, la exposición a la violencia familiar y comunitaria fueron ambos factores predictivos para la aparición de comportamientos de internalización, a saber sintomatología depresiva (O'Keefe, 1997).

Un estudio más reciente efectuado en el mismo país por Löfing-Gupta, Lindblad, Stickley, Schwab-Stone y Rucking (2015) tuvo como objetivo estudiar el efecto a nivel psicológico de la exposición a la violencia comunitaria, o sea, examinar la presencia de estrés postraumático, así como problemas de internalización y externalización. Fue utilizada una muestra de 780 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años, residentes en zonas suburbanas. Los resultados encontrados indican que el 41.5% de los jóvenes no refirieron haber estado expuestos o ser víctimas de cualquier episodio de violencia en la comunidad, en el último año. De entre el grupo de víctimas, el 34.5% relataron haber asistido a por lo menos un episodio de violencia comunitaria en el último año, en cuanto el 24% dijeron haber sido víctimas directas de esta forma de violencia. El grupo que presentó mayor prevalencia de sintomatología de estrés postraumático fue el de los adolescentes, que relató haber sido víctima directa de violencia comunitaria.

En suma, ser testigo de situaciones de violencia, sea en contexto familiar, sea en contexto comunitario, puede potenciar el apareamiento de problemas de ajuste en diferentes dominios de la vida del individuo, de forma inmediata o a lo largo del ciclo vital.

Por último, se discute el impacto de la victimización a través de *Internet*, temática aún reciente y en fase inicial de estudio, un poco en todo el mundo. El impacto que esta forma de victimización puede significar en las víctimas es un aspecto en estudio que carece de ser completado, de modo a determinar sus reales consecuencias. La escasez actual de estudios que se debrucen sobre esta dimensión de la victimización, lleva a que muchas veces se recurra a estudios sobre el *bullying* y, en particular, sobre su impacto, y que sus resultados sean extrapolados para el *cyberbullying*.

Aunque escasos, como se ha indicado anteriormente, se pueden encontrar algunos estudios, tanto a nivel mundial, como en Portugal o España, que analicen el efecto de la victimización a través de *Internet* y, en particular, del *cyberbullying* en niños y adolescentes (Hay, Meldrum y Mann, 2010).

Genéricamente, las consecuencias asociadas al *cyberbullying* y a la cybervictimización se manifiestan en varias áreas del funcionamiento del individuo, a saber, a nivel psicológico, social y académico (Ybarra, Espelage y Mitchell, 2007; Ybarra, Mitchell, Wolak, y Finkelhor, 2006;). Las víctimas de *cyberbullying* pueden expresar más emociones negativas, comparativamente con sus pares no víctimas, como por ejemplo rabia, tristeza, frustración, vergüenza, estrés, miedo, soledad y síntomas depresivos (Lindfors, Kaltiala-Heino y Rimpelö, 2012; Slonje, Smith y Frisén, 2013).

En un estudio realizado por Hay, Meldrum y Mann (2010), cuyo objetivo fue comparar el impacto del *bullying* y del *cyberbullying* a nivel de comportamientos de internalización (ej., ideación suicida, comportamientos de automutilación) y externalización (comportamientos delincuentes), los resultados indican que esta forma de victimización provoca un gran impacto en las víctimas, en comparación con el *bullying* tradicional, con diferencias más significativas a nivel de los problemas de

internalización, en particular, en lo que respecta al comportamiento de autolesión y la ideación suicida.

Vieno Gini, Lenzi, Pozzoli, Canale y Santinello (2014) realizaron un estudio con una muestra de estudiantes pre-adolescentes ($n = 24099$) italianos, que frecuentaban 8° grado y cuyo objetivo principal era evaluar la asociación entre cybervictimización y la aparición de síntomas psicológicos (sentirse inferior, irritabilidad o cambios de humor, nerviosismo, dificultad dormir) y somáticos (dolor de cabeza, de estómago, dolor de espalda). Los resultados encontrados refieren la existencia de diferencias con respecto a la variable de género, en que las víctimas del género femenino mostraron niveles más altos de síntomas psicológicos y somáticos en comparación con los adolescentes del género masculino.

En Portugal, Ventura (2011) llevó a cabo un estudio que tuvo como objetivo caracterizar esta forma de victimización en estudiantes de tercer ciclo de secundaria de un centro público, entre el 7° y el 12° grado, con edades comprendidas entre los 11 y 17 años de edad. La autora verificó que, de entre los participantes victimizados, pre-adolescentes o adolescentes manifestaron un mayor impacto a nivel de síntomas psicopatológicos, siguiéndose la componente social y rendimiento académico, con el grupo de adolescentes presentando mayor impacto en todos los aspectos. En el mismo estudio y en relación con las diferencias de género, las chicas victimizadas presentaban un mayor impacto a nivel psicológico y académico, mientras que los chicos mostraron una mayor repercusión en el ámbito social. En cuanto a las diferencias de edad, se ha verificado un mayor impacto en el grupo de víctimas de 14-17, teniendo este grupo presentado niveles más altos de síntomas psicológicos (Ventura, 2011).

En España, un estudio realizado por Ortega, Felipe, Mora-Marchán, Calmaestra y Vega (2009), con una muestra de 1.671 adolescentes de 12 a 17 años de

edad, estudiantes en escuelas públicas de la provincia de Córdoba, tuvo como objetivo analizar el impacto emocional causado por el *bullying* y *cyberbullying*. En relación con el *cyberbullying*, las víctimas que relataron episodios de victimización más grave, tenían más sentimientos negativos (preocupación, estrés, irritabilidad, soledad) que adolescentes no víctimas. Se identificaron diferencias de género, siendo las chicas víctimas quienes experimentaron más sentimientos negativos.

También en España, un otro estudio realizado por Estévez, Villardón, Calvete, Padrilla y Orue (2010), con una muestra de 1.431 estudiantes adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años y con el propósito de estudiar entre otros aspectos, el impacto del *cyberbullying* a nivel de la autoestima y la depresión, concluyó que las víctimas presentan un nivel significativamente más bajo de autoestima y síntomas depresivos más elevados que sus pares que no fueron victimizados. Además de las diferencias de género y la edad, el tipo de *cyberbullying* sufrido es otro factor a tener en cuenta en el análisis del impacto de esta forma de victimización (Slonje et al., 2013). Se observa en la literatura la existencia de resultados contradictorios en relación a las consecuencias de cybervictimización y el género y la edad de las víctimas. Por un lado hay estudios que identifican diferencias significativas entre los sexos en lo que respecta al impacto de esta forma de victimización, verificándose que las niñas revelan un impacto negativo mayor, sobre todo a nivel de la sintomatología psicopatológica, por otro lado hay estudios que identifican las consecuencias más negativas para los chicos y aún encontramos otros que no identifican diferencias significativas en lo que toca a la asociación de esta variable con los efectos negativos experimentados por las víctimas.

En resumen, el *cyberbullying* es una forma de cybervictimización reciente y en constante evolución, con sus propias características, teniendo en cuenta la variedad de medios por los cuales puede ser perpetrado. Su impacto puede ser aún más grave en

comparación con *bullying* tradicional ya sea debido al mayor número de personas a que puede llegar, o al anonimato conferido al perpetrador (Slonje et al., 2013).

2.2. Conclusión

En este capítulo se ha procurado analizar desde una perspectiva teórica y empírica el impacto psicológico resultante de las victimizaciones sufridas por los adolescentes. Para el efecto, se han caracterizado los estados emocionales negativos (ansiedad, depresión y estrés) manifestados por las víctimas de violencia interpersonal, identificando los principales síntomas asociados.

De la revisión de la literatura se verifica que la experiencia de episodios victimizantes es considerado un factor de riesgo asociado al desarrollo de sintomatología psicopatológica diversa a corto o largo plazo. Otra evidencia es que independientemente de la forma de victimización experimentada, hay síntomas que son comunes. Señalar aún que el impacto de la victimización puede ser influenciado además de las características de la propia victimización, por la edad de la víctima, por la frecuencia e intensidad de los episodios abusivos o por la relación con el agresor.

Conforme se ha comentado anteriormente, no es posible determinar qué síntomas están asociados a un tipo de victimización en particular. Todavía y según diversos estudios, hay áreas del funcionamiento que tendencialmente se ven más afectadas según el género de la víctima. Así, los chicos manifiestan habitualmente más problemas de externalización, en cuanto a que las chicas se ven más afectadas a nivel de problemas de internalización.

Cabe aun destacar, que de entre los estudios revisados, la tendencia más reciente consiste en analizar de forma simultánea, el impacto de distintas formas de victimización.

CAPÍTULO III

VICTIMIZACIÓN Y RESILIENCIA

3. Origen del concepto de resiliencia

El origen etimológico de la palabra resiliencia proviene del latín *resilio*, que se divide en el prefijo *re* (que indica retroceso) y *salio* que significa (saltar), comportando la idea de retorno a lo que era (Dicionário de Latim-Português, 2012). Este término surgió en el contexto de las ciencias exactas, concretamente de la Física, en que la resiliencia se define como la capacidad de un material, cuando expuesto a una tensión, retomar su estado inicial (Goldsteins y Brooks, 2013). Sin embargo, el concepto de resiliencia surge en el vocabulario psicológico en el inicio de la década de setenta, con los primeros investigadores haciendo uso de este término para referirse a niños que, aunque expuestos a situaciones de riesgo y adversidad, no sucumbían a la enfermedad, revelando adaptación y competencia (Masten, 2001). La investigación en esta área ha tenido su impulso a través del estudio de individuos con diagnósticos de esquizofrenia, pero que, a pesar de esto, mantenían trayectorias de vida marcadas por la competencia en diferentes dominios de sus vidas (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

La perspectiva determinista de que los individuos, ante condiciones de riesgo y adversidad, acabarían por desarrollar sintomatología o cuadros psicopatológicos, se abandonó, ganando énfasis una visión más positiva y menos deficitaria del individuo. El modelo biomédico, caracterizado por enfatizar los aspectos patológicos, da paso a un modelo de competencia, pasando a privilegiarse el estudio de las cualidades y de las características positivas del individuo. Se asiste, así, a un cambio de una perspectiva patogénica para una perspectiva salutogénica. Este cambio de paradigma ha permitido el estudio sistemático de la resiliencia a través del análisis del comportamiento saludable del individuo y de su capacidad de adaptación (Masten, 2001). Las investigaciones de ese tiempo tenían como objetivo comprender las variaciones observables en las fases de vida de individuos especialmente vulnerables, o en situación de riesgo para el desarrollo

de psicopatología, a razón de sus características genéticas o experiencias de vida (Masten, 2011). Como resultado de ese trabajo, fue posible identificar diversos casos de éxito de individuos con trayectorias de vida marcadas por el riesgo y por la adversidad, los cuales, a pesar de estas circunstancias, revelaron adaptación. Uno de los estudios pioneros sobre la resiliencia se desarrolló por Werner y Smith (1992) y tuvo como objetivo estudiar un grupo de niños de la Isla de Kauai en Hawai en situación de riesgo debido a la pobreza extrema y ambiente familiar desestructurado, comprobando que, aunque expuestos a situaciones de riesgo y adversidad, parecían no verse afectadas.

Esta aparente invulnerabilidad, término precursor del concepto de resiliencia, se utilizó para caracterizar niños y adolescentes que no sucumbían a las situaciones de adversidad, a pesar de las circunstancias de riesgo que enfrentaban. De acuerdo con Anthony (1974), estos individuos tendrían la capacidad de no ser afectados en absoluto, fuera cual fuese la adversidad o el riesgo que enfrentasen. No obstante, diversos estudios demostraron no existir individuos inmunes a todo y cualquier acontecimiento, existiendo sí, individuos que en determinado momento de su ciclo vital y ante determinadas condiciones de adversidad, revelan capacidad de adaptación y competencia, lo que les caracteriza como resilientes (Masten y Powell, 2003).

En el inicio de la investigación sobre esta temática se proyectaron y concretizaron estudios de cariz esencialmente descriptivo, que pasaban por la identificación de individuos resilientes y de sus características en términos de factores de riesgo y protección asociados (Werner y Smith, 1992; Luthar et al., 2000). Esta primera generación de investigadores pioneros en el desarrollo del concepto de resiliencia, de donde se destacan los nombres de James Anthony, Emmy Werner, Norman Garmezy, Michael Rutter, entre otros, se centró en cuestiones esencialmente conceptuales, de definición, operacionalización y mediación de conceptos, de forma a

caracterizar el fenómeno (Luthar et al., 2000). La resiliencia se comprendía como una característica innata y estable, que nacía con el propio individuo y se mantenía a lo largo del ciclo vital. En suma, la resiliencia se definía como un rasgo de personalidad (Kaplan, 1999).

Desde la identificación de las características que formarían la base del comportamiento resiliente, la segunda generación de investigadores trató de identificar y comprender los procesos que subyacen a estos comportamientos, a través del estudio de las interacciones entre factores de riesgo y protección. Para Masten y colaboradores (1990, p. 426), la resiliencia se caracteriza como *“la capacidad, o proceso, o el resultado de una adaptación de éxito en el contexto de amenazas significativas al funcionamiento o al desenvolvimiento”*. En esta fase de investigación, la resiliencia se comprendía como *“un proceso dinámico donde los individuos exhiben adaptación positiva a pesar de experiencias de adversidad significativa o trauma”* (Luthar et al., 2000, p. 858).

Sin embargo, progresivamente estamos en presencia de un cambio en el modelo de investigación pasando, a partir de esta fase, a privilegiarse el estudio de los mecanismos subyacentes al proceso de resiliencia. Surge así la denominada tercera generación de la resiliencia, enfocada en la prevención y promoción de la competencia y bienestar, así como en la intervención primaria, elaboración de intervenciones destinadas a prevenir o reducir comportamientos de riesgo, delincuencia y otros problemas vividos por los niños y adolescentes, bien como potenciar el éxito a lo largo de las tareas del desarrollo y, al mismo tiempo, disminuir los problemas de comportamiento (Ramey y Ramey, 1998; Reynolds y Ou, 2003, citado por Wright, Masten y Nauayan, 2013).

Así, en esta etapa, la resiliencia es entendida como “*la capacidad de un sistema dinámico resistir o recuperar de desafíos significativos que amenazan a su estabilidad, viabilidad o desenvolvimiento*” (Masten, 2011, p. 494). Esta evolución conceptual de la resiliencia, llevó al estudio de los mecanismos subyacentes a los procesos resilientes a través de la realización de proyectos de intervención, tanto en grupos considerados en riesgo, como en poblaciones normativas, con el intuito de promover la resiliencia de los individuos (Garmezy, 1991).

Con el transcurso de la investigación, nos encontramos actualmente en la denominada cuarta generación, caracterizada por la solidificación de conocimientos previos y por la búsqueda de caminos alternativos. Actualmente, la investigación de la resiliencia pasa por el uso de las nuevas tecnologías, de la combinación de diferentes áreas del conocimiento, como la genética y neurobiología, buscándose, a través de la diversidad de saberes, comprender el fenómeno de forma global. Se destacan dos nuevas líneas de investigación, una de ellas más direccionada para el estudio de los procesos de resiliencia en diferentes niveles de análisis, a saber, nivel de los sistemas neurobiológicos (ej., estudio de las funciones neuronales en presencia de situaciones de adversidad) (Cicchetti, 2013), estudios que dependen del mejoramiento de las nuevas tecnologías y, por eso, más difíciles de concretizar. Así como estudios que inciden sobre los procesos culturales de resiliencia en diferentes contextos (Ungar, 2013).

En la literatura más reciente, la resiliencia se define como “*la capacidad de un sistema dinámico resistir o recuperar de una amenaza significativa para su estabilidad, viabilidad o desarrollo*” (Masten, 2011, p. 494). Tenemos ahora una definición más amplia, que requiere una aproximación multidisciplinar y multinivel (Masten y Obradovic, 2008; Cicchetti, 2010; Wright et al., 2013). Para Ungar (2004) la resiliencia se traduce en el resultado de las negociaciones entre el individuo y sus ambientes, con el

objetivo de mantener sus propias representaciones de salud, o sea, es el resultado de negociación exitosa del individuo para los recursos de salud, en el cual el éxito obtenido depende de la reciprocidad entre su propia interpretación y las construcciones sociales de bienestar que moldean a sus interpretaciones de salud.

Esta nueva y reciente aproximación, busca estudiar la resiliencia en una perspectiva más integrativa, desde distintos niveles de análisis, a saber, a nivel biológico, psicológico, interpersonal y cultural. Las áreas inicialmente estudiadas, el individuo y la familia, se alargaron al ámbito interpersonal y cultural, permitiendo un análisis global del ser humano en sus diferentes acepciones.

3.1. Definición del concepto de resiliencia

La definición de resiliencia en el ámbito de las ciencias sociales y humanas no es una cuestión linear, atendiendo a la complejidad que le subyace.

La literatura, en esta área, presenta diversas propuestas de definición del concepto, variando de acuerdo con el marco conceptual, lo que puede llevar a creer que se está haciendo frente a diferentes conceptos. Genéricamente, la resiliencia puede ser definida como la presencia de *“buenos resultados a pesar de la existencia de serias amenazas a la adaptación o desarrollo”* (Masten, 2001, p. 228) o sea *“hacer bien a pesar de la adversidad o riesgo”* (Masten, 2011, p. 494). Luthar, Cicchetti y Becker (2000) caracterizan la resiliencia como *“un proceso dinámico que engloba la adaptación positiva en un contexto de adversidad significativa”* (p. 543).

Las propuestas de resiliencia presentadas comprenden dos aspectos centrales y que sirven como base a la construcción teórica de este concepto. Hablamos pues de la noción de riesgo o amenaza y de adaptación positiva, a pesar de expuesto a una situación de riesgo o adversidad (Luthar y Cicchetti, 2000; Masten y Coatsworth, 1998). Solo podremos considerar un individuo resiliente cuando exista o haya existido en su vida un riesgo o una

amenaza significativa a su desarrollo y la demostración de adaptación (Masten, 2001). Sin embargo, ser resiliente no implica ausencia de síntomas o de sufrimiento, sino más bien la capacidad de recuperar o mantener un nivel de funcionamiento globalmente ajustado, análogo al anterior evento traumático (Masten, 1999). Estas condiciones previas son fundamentales para el concepto de resiliencia, comprobándose cuando un individuo, una familia o sistema, ante situaciones de adversidad o trauma, tienen un funcionamiento positivo y de competencia.

Para Rutter (2007), la resiliencia se describe en términos de respuestas de competencia ante situaciones de riesgo y adversidad, respuestas éstas que pueden variar de individuo para individuo y a lo largo del propio ciclo vital. La experiencia de una determinada situación de riesgo, como por ejemplo ser víctima de malos tratos, puede implicar una respuesta desajustada de un determinado individuo, en cuanto para otro puede no producir cualquier efecto negativo. De la misma forma, determinada condición adversa puede provocar consecuencias negativas en un determinado momento del ciclo vital, mientras que en el otro no. Otro de los aspectos considerados en el concepto de resiliencia es el hecho de percibirse como una característica innata y permanente del individuo, creyéndose que aquellos que demostraban ser resilientes habían nacido con características excepcionales (Anthony, 1987). Así, en la presencia de un individuo resiliente esa condición se mantendría a largo de su vida.

Sin embargo, esta noción vino a perder énfasis, dejando de ser entendida como una característica innata y permanente en el sujeto, ganando preponderancia el carácter temporal y dinámico de este concepto (Rutter, 2012). Los diversos estudios desarrollados han permitido concluir que se trata de una característica relativamente frecuente y común entre los individuos, que resulta de los procesos de adaptación, en lugar de una condición inusual y extraordinaria (Masten, 2001). Para Rutter (1991), la

resiliencia es vista como una condición más influenciada por el contexto social que por el propio individuo, por lo que debe ser considerada como el resultado de la combinación de los procesos inherentes al individuo y de sus interacciones con el ambiente.

Se destacan dos constructos determinantes en la definición de resiliencia: el de *adversidad* o *riesgo*, con respecto a acontecimientos de vida negativos y pueden ser asociados a dificultades de adaptación por parte de los individuos (Rutter, 1993), y el de *adaptación positiva*, definida en términos de comportamientos manifiestos de competencia social o éxito en el desempeño por parte de los individuos, de tareas de desarrollo pertinentes (Luthar y Cicchetti, 2000; Masten y Coatsworth, 1998).

Ungar (2011; Libório y Ungar, 2010), más recientemente propone una definición de resiliencia que se refiere a las cualidades del individuo y a las características del contexto, las cuales, en situaciones de adversidad, potencian el desarrollo positivo. De este modo, la resiliencia es el resultado de lo que las comunidades definen como funcionamiento socialmente saludable para sus niños y adolescentes, así como de la capacidad de las propias comunidades en proveer recursos significativos.

3.2. Conceptos asociados

La complejidad del concepto de resiliencia se debe, en parte, a los conceptos que le están asociados y que importa deconstruir de modo a encontrar una terminología universal e inequívoca.

Uno de ellos es el de la vulnerabilidad, que se traduce en un” *aumento de la probabilidad de un resultado negativo, típicamente como el resultado de la exposición al riesgo*” (Fergus y Zimmerman, 2005, p. 400). La condición de vulnerabilidad implica

la existencia de una condición o factor de riesgo, caso contrario no tendrá cualquier efecto, por lo que cuanto mayor la vulnerabilidad de un individuo o sistema, menor su resiliencia, evolucionando inversamente.

Muchas veces, la resiliencia se confunde con constructos relacionados, como la adaptación positiva, *coping* o competencia, los cuales, a pesar de próximos son distintos (Fergus y Zimmerman, 2005).

Para Masten y Coastworth (1998), la competencia:

“se refiere a un patrón de adaptación eficaz al medio ambiente, tanto en sentido lato, definido en términos de razonable éxito en las principales tareas de desarrollo, esperado para una persona de una determinada edad y género en el contexto de su cultura, de la sociedad y del tiempo, o más estrictamente definido en términos de dominios específicos de realización, tales como académicos, aceptación por los pares o desempeño deportivo” (p. 206).

De esta forma, la competencia se refiere al comportamiento adaptativo positivo del individuo y resulta de la interacción del propio individuo con el ambiente en que está inserido, y se infiere a través del comportamiento manifiesto (Masten, 2001). Este comportamiento manifiesto se puede evaluar en cuanto a las tareas de desarrollo, o sea, lo que se espera para un individuo de una determinada edad, género, cultura o contexto social.

Además del concepto de vulnerabilidad, se destacan en la literatura de la resiliencia los factores de riesgo y protección por el papel preponderante que tienen en la explicación y comprensión del fenómeno de la resiliencia. Inicialmente estudiados en el contexto de la psicopatología en cuanto predictores de enfermedades mentales, se consideran también en el ámbito psicosocial, funcionando como predictores de resultados negativos en la vida de niños y jóvenes en riesgo (Fraser, 1998, citado por Richman y Fraser, 2001).

Los factores de riesgo se deben analizar en un contexto de riesgo y adversidad, correspondiendo a la probabilidad de ocurrencia de un resultado negativo a lo largo de la trayectoria de vida de un individuo. Para Garmezy (1987), un factor de riesgo se refiere a un acontecimiento que aumenta la probabilidad del individuo de desarrollar problemas emocionales o de comportamiento, en cuanto los factores de protección son responsables por la modificación de la situación de riesgo. Se trata de una condición que, estando presente, aumenta la probabilidad de un individuo poder sufrir un daño o una pérdida, o ser sujeto a una situación de peligro.

En este sentido, los factores de riesgo son una evidencia que está estadísticamente asociada a la elevada probabilidad de ocurrencia de resultados negativos en el futuro (Masten, 2001), a ser más propensos a llegar a desarrollar esta condición. Tiene un carácter meramente probabilístico y no determinista, ya que un individuo que presente determinado factor de riesgo no significa obligatoriamente que desarrolle un comportamiento o conducta problemática, solo indica ser más propenso a llegar a desarrollar esta condición, comparativamente con un individuo sin esos factores. No podemos considerar que se trate de una causa directa y determinista, pero sí como un elemento predictor para la aparición de un determinado problema (Sameroff, 1998).

Por otro lado, Rutter (1987) afirma que ningún factor de riesgo en particular aumenta la probabilidad de ocurrencia de una perturbación, es más bien el número de factores de riesgo presentes en la vida del sujeto que, interaccionando con otras condiciones, pueden llevar a la ocurrencia de determinada conducta problemática (Peña, 2010). La presencia de una condición o de un factor de riesgo no es sinónimo de resultados negativos. Sin embargo, el efecto acumulativo puede comprometer el desarrollo adecuado del individuo, ya que ocurre un aumento de la probabilidad del

surgimiento de resultados negativos de un individuo que provoca ese aumento (Jensen y Fraser, 2016).

La mera presencia de estas variables en la vida de un individuo no explica, por sí solo, los resultados negativos. Esos resultados se verifican a través de la interacción de las variables siendo necesario, para la comprensión de la resiliencia, analizar los procesos que le subyacen (Rutter, 1987). Así, los mecanismos de riesgo son conjuntos de variables de riesgo que interaccionan entre sí y pueden llevar a un resultado negativo. Sin embargo, los mecanismos de riesgo que funcionan en cuanto proceso, o sea, su efecto resulta de la interacción de diversas variables de riesgo, pueden provocar que un factor se considere de riesgo en determinada situación y de protección en otra. De este modo, es posible identificar características inherentes al propio individuo, como la prematuridad; o exteriores a éste, relacionadas con el ambiente, tal como la pobreza, violencia, abuso, y que predicen resultados negativos (Richman y Fraser, 2001).

Una revisión de la literatura nos permite encontrar diversas propuestas de categorización de los factores de riesgo, aunque designadas de muchas formas, en esencia pertenecen a las mismas categorías. Dado que consideramos una propuesta amplia y clara, se presenta a continuación la categorización de Jensen y Fraser (2016) en la que se agrupan los factores de riesgo en tres dominios: relativos al individuo, a la familia y a la comunidad.

A continuación, en el Cuadro 5 se presenta una tabla en la que se recogen los factores de riesgo más comunes, reportados en la literatura, para cada una de las categorías identificadas anteriormente.

Cuadro 5. Factores de riesgo

Categorías	Ejemplos de factores de riesgo	Estudios
Individuales	Prematuridad, género, o temperamento, déficit cognitivo, baja competencia social, aislamiento social, absentismo, escolar, fracaso, dificultades de aprendizaje.	Garmezy, 1991
Familiares	Conflicto parental, divorcio, maternidad en la adolescencia, monoparentalidad, autoritarismo parental o prácticas educativas desajustadas, enfermedades mentales de un de los padres, violencia, abuso y maltrato, pérdida de un familiar próximo, abandono.	Kumpfer y Alvarado, 2003; Stith y colaboradores, 2009
Comunitarios	Pobreza, afiliación a grupos minoritarios, inmigración, institucionalización.	Jenson y Fraser, 2016

Sin embargo, a pesar del valor predictor de estos factores en la ocurrencia de resultados negativos o desfavorables, existen situaciones de exposición al riesgo que no culminan en desadaptación. Cuando esto ocurre, se cree que esto se debe a la acción de factores protectores y de sus mecanismos de acción (Richman y Fraser, 2001).

No obstante, en la resiliencia, además de los factores de riesgo y de sus mecanismos, están igualmente presentes los factores de protección. Estos pueden ser características del individuo, de la familia o del contexto, que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de manifestación de conductas desadaptativas. Así, los factores de riesgo y protección son polos de un *continuum*, pudiendo un factor ser considerado de riesgo o protección, dependiendo de la posición que ocupa. Su presencia o ausencia no es garantía para la manifestación de conductas desadaptadas o de resiliencia (Peña, 2010).

Corresponden a las variables individuales y ambientales que permiten al individuo resistir o minimizar el riesgo a que se encuentra expuesto, retardando, eliminando o anulando los efectos negativos (Richman y Fraser, 2001). Globalmente, estos factores se pueden clasificar según tres categorías: individuales, familiares y comunitarias (Masten y Coastworth, 1998). A continuación, presentamos algunos de los factores de protección más comunes presentes en la literatura, véase el Cuadro 6.

Cuadro 6. Factores de protección

Categorías	Ejemplos de factores de protección	Estudios
Individuales	Inteligencia, autoestima, temperamento, competencia social, estrategias de <i>coping</i> .	Daining y DePanfilis, 2007;
Familiares	Afecto, cohesión familiar, vinculación positiva, nivel educacional de los padres, estilo parental democrático.	Aisenberg y Herrenkohl, 2008; Garnezy, 1987
Comunitarias	Cohesión social, participación en actividades sociales, seguridad en la comunidad.	Ungar, 2003

Siendo cierto que es determinante identificar los factores de protección existentes, importa conocer el modo como actúan en la reducción del impacto del riesgo, proceso que sucede a través de mecanismos propios.

Garnezy, Masten y Tellegen (1994) proponen tres modelos para explicar el modo como los factores de protección operan y alteran la trayectoria de exposición al riesgo y a la ocurrencia de resultados negativos, que de seguida se describen.

El modelo compensatorio se aplica cuando un factor de protección neutraliza o actúa en sentido inverso al factor de riesgo, por ejemplo, la inteligencia superior del niño/joven puede compensar el efecto desestructurante a nivel cognitivo de experiencias de negligencia severa (Fergus y Zimmerman, 2005). El factor protector tiene un efecto directo en el resultado, independientemente del efecto del factor de riesgo. En este modelo los factores de protección y riesgo actúan de forma independiente (Zimmerman y Arunkumar, 1994).

El modelo protector se distingue por el efecto moderador de un factor de protección en la relación entre un factor de riesgo y el resultado de desarrollo (ej., un niño integrado en un contexto familiar desestructurado presenta un riesgo considerable de comportamientos inadecuados, pero la presencia de apoyo de un adulto significativo podrá funcionar como un elemento moderador do riesgo). Un factor protector puede operar de diferentes maneras para influenciar el resultado, esto es, puede ayudar a

neutralizar los efectos de riesgo o fragilizarlos, pero no anularlos completamente, o pueden aumentar el efecto positivo de un otro factor de promoción en la producción de un resultado.

Comparativamente con el modelo compensatorio, el modelo protector se caracteriza por la ocurrencia de interacción entre factores protectores y de riesgo, disminuyendo la probabilidad de resultados negativos. Los factores protectores pueden involucrarse en diferentes tipos de procesos y combinarse de diversas formas, a saber, protectores estabilizadores, promotores, reactivos y protectores (Luthar et al., 2000).

El modelo de desafío es curvilíneo, en el que la exposición a un reducido o elevado nivel de riesgo se asocia de manera similar con resultados negativos. Pero niveles moderados de riesgo están relacionados con menos resultados negativos (o positivos) (ej., niveles moderados de estrés están asociados a mejores capacidades de *coping* ante la adversidad que la exposición previa a niveles muy bajos o niveles muy altos de estrés) (Fergus y Zimmerman, 2005).

Se prevé que el riesgo pueda tener un efecto positivo, siempre y cuando no sea excesivo o más allá de la capacidad individual. La presencia de riesgo moderado en la vida de los individuos puede funcionar como una fuente de aprendizaje en la búsqueda de estrategias para la resolución de estos acontecimientos. Esta exposición al riesgo debe ser un desafío con el fin de conducir al individuo en la búsqueda de estrategias de *coping* adecuadas. Los individuos expuestos a una cantidad moderada de riesgo pueden presentar mejores resultados, comparativamente a los que están expuestos a niveles significativamente más o menos elevados (Fergus y Zimmerman, 2005).

Los modelos anteriormente descritos podrán coexistir en los individuos que demuestren un comportamiento resiliente de forma simultánea o alternada, dependiendo del estadio de desarrollo en el que se encuentren (Werner, 2000).

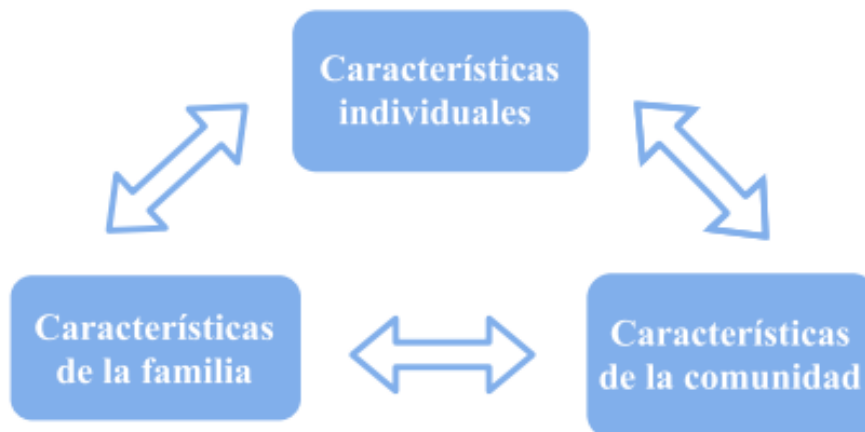
3.3. Modelos explicativos de la resiliencia

A continuación, se describen algunos de los principales modelos teóricos subyacentes al concepto de resiliencia y asociados a cada una de las fases de investigación representadas anteriormente, el modelo triádico de la resiliencia, el modelo ecológico-transaccional y el modelo posmoderno.

3.3.1. Modelo Triádico

El modelo triádico, propuesto por Garmezy (1991), explica el fenómeno de la resiliencia a través de las interacciones entre los factores de riesgo y protección, organizándolos en tres niveles: individual (ej., inteligencia o competencias sociales), familiares (ej., relacionamiento con las figuras parentales, cohesión familiar.) y ambientales (ej., vecindario, soporte social).

Figura 3. Funcionamiento del modelo triádico de la resiliencia



3.3.2. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

El modelo ecológico de resiliencia de Bronfenbrenner (1986) sirve de base a la denominada segunda generación de investigadores. Este modelo propone la existencia

de diferentes niveles estructurales que constituyen el ambiente ecológico del individuo, en los cuales se mueve e identifican cuatro subsistemas: el microsistema (familia, grupo de pares, escuela), el mesosistema (relaciones establecidas entre los microsistemas), exosistema (relaciones establecidas entre los microsistemas y el ambiente con el cual el sujeto no se relaciona directamente) y el macrosistema (contexto sociocultural alargado) (Bronfenbrenner, 2005). El individuo, a lo largo de su desarrollo, experimenta diferentes transiciones ecológicas que afectan los contextos donde se insiere. Estas transiciones ocurren a través de procesos recíprocos entre los diferentes subsistemas que constituyen el ambiente ecológico del individuo. La resiliencia es el resultado de un proceso dinámico entre el individuo y el ambiente, existiendo interacciones mutuas, permitiendo su adaptación, a pesar de las adversidades (Cicchetti, 2010; Luthar et al., 2000; Masten, 2011; Rutter, 2012).

3.3.3. Modelo Constructivista

Este modelo fue propuesto por Ungar y asienta en el paradigma ecológico de Bronfenbrenner, no obstante, la introducción de elementos diferenciadores, a saber, en lo que respecta a los factores y respectivas combinaciones que influyen la resiliencia (Ungar, 2004). El modelo constructivista explica el concepto de resiliencia como el resultado de las negociaciones entre los individuos, sus ambientes y sus contextos, definidos como saludables en condiciones colectivamente adversas (Ungar, 2004; Libório y Ungar, 2010).

Este modelo posmoderno de la resiliencia presupone un alargamiento de la perspectiva ecológica al considerar que los individuos y los discursos sociales en que participan potencian negociaciones que influyen, si un determinado factor de protección promueve o no la resiliencia (Ungar, 2008, Libório y Ungar, 2010). Otro de

los aspectos diferenciadores es la existencia de tensiones que funcionan como procesos protectores, visto que los adolescentes considerados resilientes en su propia cultura eran aquellos que navegaban a través de las tensiones, que eran solucionadas según los valores culturales y recursos disponibles en el ambiente en que estaban inseridos (Ungar, et al., 2007). Sin embargo, y este es uno de los aspectos distintivos de otros modelos teóricos presentados, los recursos disponibles varían según el contexto cultural, de manera que los procesos de resiliencia varían de individuo a individuo, así como entre las diferentes culturas.

Ungar defiende que existen dos formas de resolución de tensiones asociadas a la resiliencia, a través de la vía convencional (ej., invertir en buenos resultados académicos) o, por otro lado, a través de formas no convencionales (ej., filiación a grupos marginales, uso de drogas). Propone el concepto de resiliencia oculta (*hidden resilience*) para explicar la utilización de formas no convencionales, lejos de los patrones considerados normales para alcanzar la resiliencia, como forma de fortalecimiento de la identidad y del acceso a la experiencia de resiliencia (Libório y Ungar, 2010). Así, la resiliencia se puede alcanzar a través de la conjugación entre las capacidades del propio individuo en encontrar los recursos físicos, psicológicos, sociales y culturales, en el contexto en que se encuentra inserido y que le conduzcan a situaciones de bienestar (Ungar, 2011).

En definitiva, según el modelo constructivista la resiliencia, depende de las capacidades del propio individuo y de las características y recursos disponibles en el ambiente ecológico, los cuales varían de contexto para contexto. Es mediante la interacción de estas variables que los individuos navegan hacia la negociación de los recursos disponibles por la propia comunidad y a la resolución de las tensiones, según los valores culturales, sociales y económicos presentes en su comunidad (Ungar et al.,

2007). Este modelo ha servido de base al desarrollo y construcción de la Child and Youth Resilience Measure – 28 (CYRM-28), instrumento que será alvo de estudio en nuestra investigación.

3.4. Estudios empíricos de victimización y resiliencia

Como expuesto en el capítulo anterior, las experiencias de victimización se consideran eventos de vida negativos y potencialmente traumáticos. En la literatura revista abundan estudios que analizan individualmente cada tipo de victimización y sus consecuencias. Sin embargo, menos estudiado ha sido la asociación entre las diversas formas de victimización y sus consecuencias sobre la salud mental de los adolescentes y su bienestar. En general, los niños y adolescentes víctimas de violencia corren el riesgo de manifestar problemas de ajuste, comparativamente con individuos no víctimas. No obstante, la variedad de respuesta es grande, por lo que hay individuos que manifiestan este tipo de problemas, mientras que otros no lo hacen (Lynch, 2003; Howell, 2011). Estudios refieren tasas de resiliencia entre los niños en edad escolar expuestos a la violencia que varían entre el 31% y el 65% (Grync et. al., 2000, Hughes, y Like, 1998, citado por Martinez-Torteya, Bogat, von Eye y Levendosky, 2009).

Diversas revisiones de la literatura (ej., Fergusson y Mullen, 1999; Stevenson, 1999) estiman que cerca de un tercio de los individuos que han sido víctimas de abuso sexual no exhibieron problemas psiquiátricos en la edad adulta.

Un estudio conducido por McGloin y Widom (2001) verificó que, de entre los niños de la muestra identificados como víctimas de abuso y negligencia, 48% de ellos no cumplía criterios de trastornos psiquiátricos en la edad adulta, como por ejemplo ansiedad, depresión, PTSD, ASPD; en cuanto el 38% no revelaba abuso de sustancias. Por otro lado, el 22% de la muestra en la edad adulta revelaba funcionamiento adecuado

en diversos dominios del funcionamiento psicosocial, por lo que se clasificaron como resilientes.

Por su parte Edleson (2001), comprobó que entre el 40% y el 50% de la muestra de niños en edad preescolar expuestos a violencia interparental, presentaban problemas de comportamiento de internalización y externalización, tales como ansiedad, depresión y agresividad. Sin embargo, los demás niños no manifestaban señales de psicopatología, al menos hasta al momento de evaluación. Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny (2003), en un estudio de meta-análisis de la literatura, verificaron que el 37% de la muestra de niños víctimas directas o expuestas a violencia en sus casas, revelaban resultados idénticos o aún mejores que niños no expuestos.

Diversos estudios indican la existencia de una asociación significativa entre la exposición a la violencia, sea ella de forma directa o indirecta, bien como a nivel familiar o comunitario, y la manifestación de problemas de ajuste por parte de quien experimenta este tipo de acontecimientos (O'Keefe, 1997; Holt, Buckley y Whelan, 2008; Wrigh, Fagan y Pinchevsky, 2013; Lynch, 2003). A continuación, presentaremos algunos que analizan la asociación entre las diversas formas de victimización intra e extra familiar y la capacidad de resiliencia en niños y adolescentes. Comenzaremos presentando los principales estudios que analizan las diversas formas de victimización que los niños y adolescentes pueden sufrir en el contexto familiar y su impacto en la capacidad de resiliencia.

Uno de los más conocidos y amplio, en el sentido de haber examinado la interacción entre las distintas formas de victimización, la resiliencia y aparición de síntomas de estrés postraumático en la adolescencia, fue desarrollado por Zahradnik y colaboradores (2010) en Canadá con una muestra de 126 estudiantes pertenecientes al grupo étnico Mi'kmaq, con edades entre los 14 y los 18 años de edad. De este estudio

resulta la identificación de una correlación positiva entre la exposición a la violencia (malos tratos físicos, emocionales y sexuales, y exposición a la violencia doméstica) y la aparición de sintomatología postraumática, en concreto a nivel de la reexperiencia de este tipo de sintomatología. Por otro lado, se identificó una correlación negativa entre sintomatología postraumática y resiliencia, que es indicativo del efecto protector de la resiliencia en el desarrollo de PTSD.

Graham-Bermann y colaboradores (2009), en un estudio conducido con una muestra de 219 niños entre los seis y los 12 años de edad, expuestos a la violencia interparental a lo largo del último año, identificaron cuatro perfiles: el perfil 1, denominado Problemas de ajustamiento severo; perfil 2 Luchador; Perfil 3 Depresivo; y Perfil 4 Resiliente. El grupo de niños considerados resilientes, cerca del 20% de la muestra, reveló elevada competencia y pocos problemas de ajuste.

En los Estados Unidos de América, Hirschtritt, Ordoñez, Rico y LeWinn (2015) realizaron un estudio longitudinal entre los años 2009 y 2011, con una muestra de 42.595 adolescentes, alumnos del 9º al 11º grado de escolaridad y cuyo objetivo fue analizar la asociación entre la frecuencia y el tipo de victimización entre pares (verbal, física, relacional y cybervictimización), con la resiliencia y la ideación suicida. Los resultados demuestran que la resiliencia se ve afectada por la frecuencia de esta forma de victimización, por lo que un mayor número de experiencias de victimización está asociado a una menor capacidad de adaptación. Otro de los resultados que se destacan es el hecho de que elevados niveles de resiliencia están asociados a menor riesgo de ideación suicida, independientemente del tipo de victimización vivida entre pares. Por otro lado, la probabilidad de ocurrencia de pensamientos suicidas por parte de los adolescentes disminuye cuando la resiliencia es elevada, existiendo una relación

inversamente proporcional y una asociación más fuerte en las chicas, comparativamente con los chicos.

Kolbo (1998), en una investigación con niños en riesgo, con edades entre los ocho y los 11 años de edad, se propuso analizar la exposición a la violencia familiar, en concreto el testimonio de violencia física entre los padres y ser víctima de malos tratos por las figuras parentales, como la aparición de problemas de comportamiento, resiliencia y factores protectores. Los resultados del estudio indicaron la existencia de una correlación positiva entre exposición a este tipo de violencia y la aparición de problemas de comportamiento en las chicas, y una correlación negativa entre la variable violencia familiar y la autoestima en los chicos. Sin embargo, la existencia de figuras de apoyo (padres, otros miembros de la familia) en la vida del niño, funcionó como factor protector para los chicos minimizando el efecto de la victimización familiar.

Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan (2007), en un estudio de seguimiento de una muestra comunitaria de 571 adultos víctimas de malos tratos durante la infancia y adolescencia, verificaron que un 10.3% ($n = 44$) de la muestra relató malos tratos físicos y abusos sexuales. De este grupo, 55.5% presentó por lo menos un tipo de desorden psiquiátrico del Eje I en la edad adulta. Ser víctima de abuso es un factor de riesgo fuertemente asociado a la manifestación durante la edad adulta de este tipo de trastornos, así como de conductas suicidas. No obstante, de entre el grupo de víctimas, 14 participantes no demostraron síntomas psicopatológicos a lo largo de más de 30 años, siendo clasificados como resilientes.

Un otro estudio longitudinal, realizado por Kassis, Artz, Scambor, Scambor y Moldenhauer (2013), con una muestra de 5.149 adolescentes con una media de edades de 14.5 años, oriundos de cuatro países Europeos (Austria, Alemania, Eslovenia y España) que tuvo como objetivo, entre otros, conocer la prevalencia durante la

adolescencia de la violencia en la familia, bien como analizar la asociación entre esta experiencia de riesgo y su impacto a nivel de la depresión y de la resiliencia, concluyó que el total de la muestra, 1.644 jóvenes (31.9%) fueron víctimas de violencia familiar. Los resultados encontrados indican que, del grupo de víctimas, 510 (31%) se consideraron resilientes, 466 (28.3%) se codificaron como “casi resilientes” y las restantes 686 (40,6%) como “no resilientes”.

También en Europa, más concretamente en Escocia (Sapouna y Wolke, 2013), se llevó a cabo un estudio longitudinal que trascurrió a lo largo de seis años con inicio en el año 1998, en que participaron 4.597, (edades entre 12 y los 17 años), en que su principal objetivo fue analizar la resiliencia en adolescentes víctimas de *bullying*. La resiliencia se evaluó a través de indicadores de depresión bajos y delincuencia. Los resultados indican la existencia de diferencias a nivel de la variable género, en que los chicos fueron aquellos que demostraron indicadores de depresión más bajos, elevada autoestima, menos aislados socialmente, menores niveles de conflictos con los padres y sin experiencia de victimización con los hermanos, a pesar de ser frecuentemente victimizados por los pares, o sea, víctimas de *bullying*. Por otro lado, los adolescentes que demuestran menores indicadores de delincuencia fueron las chicas, las cuales presentan autoestima más elevada, bajos niveles de conflictos con los padres y que no presentan experiencia de victimización por parte de los hermanos o amigos próximos.

En España, Linares (2006), en uno de los escasos estudios sobre la violencia entre hermanos y su impacto a nivel de adaptación positiva, analizó la relación entre hermanos (pautada o no por episodios violentos) y su impacto a nivel de la aparición de sintomatología psicopatológica y resiliencia. Participaron en este estudio preliminar 120 niños institucionalizados, con edades comprendidas entre los tres y los 10 años. Se verificó una correlación significativa entre la ocurrencia de conflictos y baja positividad,

baja afectividad por parte del cuidador institucional, aparición de síntomas depresivos, problemas de comportamiento y baja competencia académica. Por otro lado, relaciones entre hermanos consideradas positivas se caracterizaron por correlaciones significativas y positivas, con elevada afectividad por parte del cuidador (madre biológica), menores problemas de comportamiento, parentalidad responsiva, ya sea para niños más pequeños o mayores.

Otro estudio realizado con el objetivo de conocer las tasas de exposición de adolescentes a la violencia contra la mujer y su impacto, en una muestra comunitaria de 507 estudiantes con edades entre los 12 y los 18 años, encontró resultados que indican una elevada tasa de prevalencia de este tipo de violencia (49.5%; $n = 302$). A pesar de que estos jóvenes presentaran sintomatología psicopatológica, 143 demostraron un perfil de adaptación considerado resiliente (Alvarado, 2013).

En Portugal, Vara (2006) en una de las investigaciones pioneras en este país en la cual participaron un total de 380 sujetos que constituían dos muestras, una comunitaria y otra de riesgo, con edades entre los 12 y los 18 años, verificó que los niños y adolescentes pertenecientes al grupo de riesgo relataron mayor exposición a situaciones de violencia en la familia, concretamente violencia interparental, y presentaban menor resiliencia.

3.5. Conclusión

Ante todo lo expuesto a lo largo de la parte teórica importa reflexionar sobre algunos aspectos abordados. En primer lugar, la revisión de literatura efectuada ha permitido definir el concepto de victimización así como, identificar y caracterizar las principales formas de victimización en la adolescencia. Tras su definición y operacionalización fueron expuestos algunos estudios referencia, representativos de

cada una de victimizaciones descriptas, concluyendo con aquellos que analizan la globalidad de las victimizaciones.

A través del análisis de dichos estudios, se ha verificado cierta inconsistencia en los resultados encontrados cuando se consideran las variables género y edad, una vez que algunas investigaciones refieren la existencia de diferencias estadísticamente significativas, en cuanto otros no.

Se ha verificado también que las tasas prevalencia de la victimización son en su generalidad elevadas, variando entre países y también entre estudios. No quedan dudas de que la victimización interpersonal constituye un factor de riesgo que potencia la manifestación a corto o largo plazo de sintomatología psicopatológica, tales como problemas de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, entre otros. Se encuentran documentadas en la literatura una amplia lista de consecuencias psicopatológicas, pero no existe un patrón de síntomas o un cuadro sintomatológico exclusivo de determinado tipo de victimización.

Constatamos aún que el efecto acumulativo de las victimizaciones potencia el apareamiento de sintomatología, cuando comparado con la experiencia de un único episodio. Otro de los factores a considerar es que la polivictimización puede llevar a un aumento en la sintomatología manifestada por las víctimas, a corto y a largo plazo.

Por último, cabe mencionar que concordamos con Finkelhor (2009) cuando considera la adolescencia el periodo de la vida del individuo potencialmente más victimizante, ya que es durante esta fase, que el individuo puede sufrir más victimizaciones, aquellas que son propias de los adultos, pero también las que son exclusivas de este periodo evolutivo.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO EMPÍRICO

4. Justificación del estudio

El presente estudio tiene diversas motivaciones en su origen, por una parte la necesidad de comprensión del fenómeno de la victimización en la adolescencia a nivel de prevalencia, impacto y adaptación, y por otra la escasez de instrumentos psicométricos validados para población adolescente que evalúen la victimización y la adaptación positiva frente a eventos de vida negativos.

A ese propósito es importante subrayar, y en línea con la fundamentación teórico conceptual presentada, que la victimización en la infancia y adolescencia constituye un problema de salud pública, así como en la generalidad de las sociedades a nivel mundial. Atendiendo a la vulnerabilidad propia de estas poblaciones, así como las consecuencias negativas que experiencias de este tipo pueden significar en la vida de las víctimas, consideramos de primordial importancia el estudio de esta problemática.

A pesar del impacto negativo que la vivencia de experiencias de victimización puede suponer en la vida de estos individuos, ni todos revelan sintomatología, siendo muchos de ellos considerados resilientes. Así pues, la resiliencia es un indicador de salud mental y bien estar del individuo bajo situaciones de adversidad. Es fundamental identificar estos individuos y los aspectos que influyen en esta adaptación, comparativamente a otros, que delante de situaciones idénticas demuestran vulnerabilidad y manifiestan sintomatología psicopatológica.

Para la realización de este estudio es necesaria la utilización de instrumentos psicométricos específicos, debidamente testados y adaptados en las respectivas poblaciones. No obstante, se reconoce la escasez de instrumentos capaces de evaluar dichas problemáticas, por lo que se considera pertinente su previa validación, en la presente tesis doctoral para el caso de la población portuguesa.

4.1. Objetivos

El objetivo inicial de esta disertación es el estudio de la problemática de la victimización en la adolescencia, asociada a la capacidad de resiliencia que esta población manifiesta. El estudio empírico comprende, de forma genérica, tres partes: la adaptación y validación de dos instrumentos psicométricos en una muestra comunitaria de adolescentes portugueses, el JVQ (Finkelhor et al., 2005) versión auto-relato, formato último año y a lo largo de la vida, y la CYRM-28 Youth Versión (opción2) (RRC, 2009). Contrastadas las propiedades psicométricas de estos instrumentos, serán analizadas las diferencias entre un grupo normativo y un grupo forense.

Así, y de forma más detallada, tras la realización del estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos serán identificadas las tasas de prevalencia de victimización en la muestra escolarizada de adolescentes y en la muestra de adolescentes institucionalizados, señalizados como víctimas de violencia interpersonal, en el último año y durante toda la vida.

4.1.1. Objetivos específicos

Partiendo de estos objetivos generales, fueron definidos los siguientes objetivos específicos:

- 1) Determinar la fiabilidad y consistencia interna del *Juvenil Victimization Questionnaire* (JVQ) versión auto-relato, formato último año y a lo largo de la vida, en población adolescente normativa;
- 2) Determinar la validez predictiva del JVQ, mediante la correlación de sus sub-escalas con la escala de Ansiedad, Depresión y Estrés para niños -21 (EADS-C 21);
- 3) Determinar la validez discriminante de ambos formatos del JVQ, mediante la verificación de diferencias significativas en las puntuaciones de la escala,

entre los grupos normativo y forense, según las variables sexo, edad y grupo de pertenencia;

4) Determinar la validez de constructo de la CYRM-28, mediante verificación de la estructura factorial del instrumento en población normativa adolescente;

5) Determinar la fiabilidad y consistencia interna de la CYRM-28;

6) Determinar la validez predictiva de la CYRM-15, mediante la correlación con sus sub-escalas y con la EADS- 21C;

7) Determinar la validez discriminante de la CYRM-15, mediante la verificación de diferencias significativas entre los grupos, a nivel de las variables sexo, edad y grupo de pertenencia;

8) Determinar la prevalencia de victimización a través del JVQ en sus dos formatos y en las dos muestras analizadas.

4.2. Hipótesis

Las hipótesis son orientaciones definidas en las investigaciones, formuladas como solución posible para el problema estudiado. Teniendo por base la literatura revisada, se formularon las siguientes hipótesis de trabajo:

H1 - Se prevén diferencias estadísticamente significativas en el total del JVQ y de sus sub-escalas en ambos formatos, cuando se analizan las variables género y edad.

H2 – Se prevén diferencias estadísticamente significativas en el total del JVQ y de sus sub-escalas en ambos formatos, esperándose que los participantes del grupo normativo presenten valores de victimización inferiores, comparativamente a los participantes del grupo forense.

H3 - Se prevén diferencias estadísticamente significativas en el total de la CYRM-15 y de sus sub-escalas en los dos grupos, cuando se analizan las variables género y edad.

H4 – Se prevén diferencias estadísticamente significativas en el total de la CYRM-15 y de sus sub-escalas, esperándose que los participantes del grupo normativo presenten puntuaciones superiores, comparativamente con los participantes del grupo forense.

4.3. Método

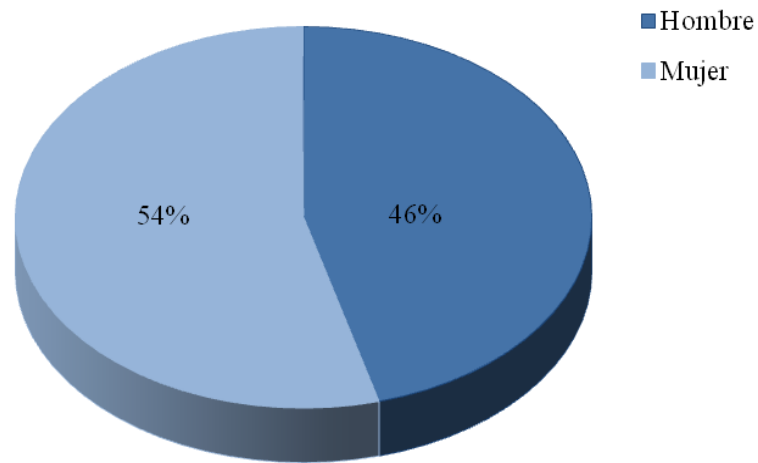
4.3.1. Participantes

Los participantes fueron divididos en dos grupos, el grupo normativo constituido por 629 adolescentes, procedentes de 11 escuelas de enseñanza básica y secundaria de Portugal continental e islas, y el grupo forense, formado por 61 jóvenes residentes en cuatro Centros de Acogida de distintas regiones del país, señalizados como víctimas de cualquier tipo de violencia interpersonal. El total de participantes en la presente investigación fue de 690 jóvenes (317 chicos y 373 chicas), con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.

a) Grupo normativo

Este grupo estaba formado por 629 estudiantes, 288 jóvenes del género masculino (46%) y 341 del género femenino (54%), entre los 12 y 17 años, ($M = 14.17$; $DT = 1.597$), véase el Gráfico 1.

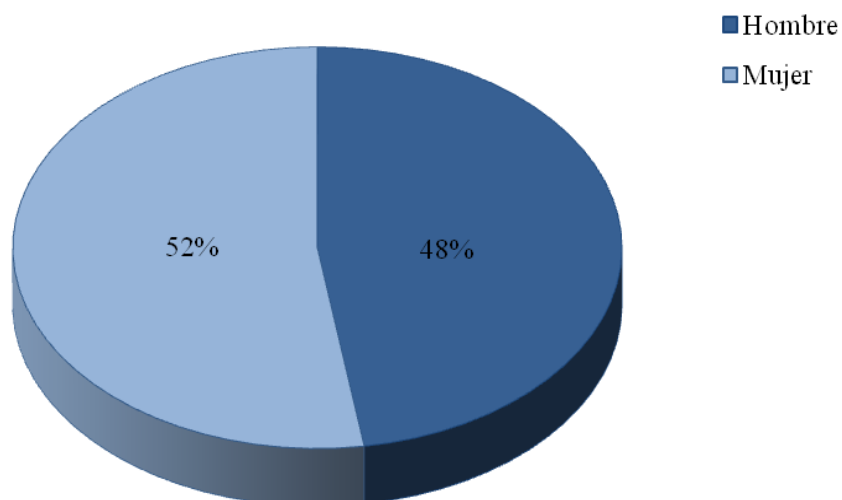
Gráfico 1. Porcentaje de sujetos según el género



b) Grupo forense

La muestra forense fue constituida por 61 participantes, 29 del género masculino (48%) y 32 jóvenes del género femenino (52%), con edades entre los 12 y 17 años, ($M = 14.64$; $DT = 1.654$), véase el Gráfico 2.

Gráfico 2. Porcentaje de sujetos según el género



La mayoría de los jóvenes del grupo normativo había concluido la educación secundaria obligatoria (ESO) (62.3%) en cuanto los participantes del grupo forense tenían como nivel de escolaridad máximo la enseñanza secundaria obligatoria (49.2%), véase la Tabla 1. Con respecto al grupo racial, el grupo más representativo ha sido, en las dos muestras, el caucásico, en que 96.6% de los participantes del grupo normativo indicaron pertenecer a este grupo, así como 94.8% de los participantes del grupo forense.

Por otro lado, el grupo étnico más frecuente ha sido el portugués, en que 95.3% de los participantes del grupo normativo y 96.7% del grupo forense han afirmado pertenecer a este grupo, como se puede observar en la tabla siguiente. En lo que toca a la estructura familiar más común, en el grupo normativo ha sido, “padre y madre y hermanos”, o sea, la estructura familiar tradicional, con un total de 52.7% (véase Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los participantes

Variables	Grupo Normativo		Grupo Forense	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Escolaridad				
Enseñanza Básica	101	16.1%	24	39.3%
Bachillerato	127	20.2%	7	11.5%
Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO)	392	62.3%	30	49.2%
No contestó	9	1.4%	n/a	n/a
Grupo Racial				
Caucásico	603	96.6%	55	94.8%
Negro	11	1.8%	3	5.2%
Asiático	4	0.6%	0	0%
Otros	6	1%	0	0%
Grupo Étnico				
Portugués	574	95.3%	59	96.7%
Otros Países Europeos	16	2.7%	2	3.3%

Variables	Grupo Normativo		Grupo Forense	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Países Africanos	2	0.3%	0	0%
Países de Latina América	4	0.7%	0	0%
Países Asiáticos	5	0.8%	0	0%
Otros	1	0.2%	0	0%
Estructura familiar				
Padre o madre	68	10.9%	n/a	n/a
Padre y madre	136	21.8%	n/a	n/a
Padre o madre y hermanos	71	11.3%	n/a	n/a
Padre y madre y hermanos	330	52.7%	n/a	n/a
Otros	21	3.3%	n/a	n/a
Institución	n/a	n/a	61	100%

Tabla 1: continuación.

No aplicable = n/a

Todos los participantes fueron informados de la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia, por lo que aquellos que decidieron participar lo hicieron de forma voluntaria.

La muestra es de tipo no probabilística de conveniencia, una vez que la probabilidad relativa de cualquier elemento de la población ser incluido en la muestra es desconocida. Lo que se pretende es seleccionar participantes de nuestra conveniencia, desde que cumplan los criterios definidos para inclusión en el estudio (Ribeiro, 1999).

Los criterios de inclusión del estudio fueron los siguientes:

- 1) Edad comprendida entre los 12 y los 17 años, para adecuarse a las características de los instrumentos de recogida de los datos;
- 2) No tener diagnosticado ningún problema mental;
- 3) Ser estudiante (en el caso del grupo normativo);
- 4) Estar señalado como víctima de algún tipo de victimización (grupo forense);

5) Estar autorizado por escrito por el responsable del menor, para participar en la investigación;

6) Aceptar participar en la investigación voluntariamente.

Se evaluó a un total de 702 participantes y se eliminaron 12 protocolos por no cumplir los criterios de inclusión, por no haber sido completado correctamente algún instrumento de evaluación, o por errores en el registro de los datos confidenciales.

4.4. Instrumentos

Para realizar la investigación se seleccionaron tres instrumentos de evaluación, el *Juvenil Victimization Questionnaire - Self-Administered Questionnaire (JVQ – SAQ)*, la *Child and Youth Resilience Measure – 28, Youth Versión*, (opción2) (CYRM-28) y la Escala de Ansiedad, Depresión e Estrés - versión niños (EADS-21C). Los dos primeros son relativamente recientes, principalmente la CYRM-28, y además novedosos ya que permiten una comprensión más amplia de cada uno de los conceptos comparativamente a otros instrumentos, al paso que la EADS-21 es un instrumento referencia en su área.

Consideramos crucial la adaptación y validación para la población portuguesa del JVQ y de la CYRM-28 una vez que, por un lado y con respecto al primer, son diminutos los instrumentos que analizan en simultaneo diversas experiencias de victimización y en particular en la adolescencia y, por otro, existe un déficit de medidas capaces de evaluar la resiliencia, además, las que existen no han sido desarrolladas con el objetivo de identificar la heterogeneidad de experiencias y aspectos culturales en que los jóvenes se desarrollan, como es el caso de la CYRM-28.

De lo que es de nuestro conocimiento, la CYRM-28 fue recientemente adaptada para una muestra de adolescentes de la población portuguesa, pero se trata de una version distinta de la que nos proponemos estudiar (Ferreira, 2015). Así,

consideramos que solamente con instrumentos psicométricos debidamente testados y validados en las respectivas poblaciones, será posible desarrollar investigaciones e intervenciones más completas.

4.4.1. Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ (Finkelhor, Hamby, Ormrod y Turner, 2005)

Para recoger los datos relativos a las experiencias de victimización de los jóvenes, se eligió el *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) - Cuestionario de Victimización Juvenil, versión auto-relato, criado por Finkelhor y colaboradores (2005). Las preguntas de este instrumento fueron planteadas según dos perspectivas temporales, una en lo que respecta al último año y la otra a lo largo de la vida.

Es un instrumento desarrollado para identificar cinco áreas genéricas de victimizaciones, constituido por 34 ítems:

- Crímenes convencionales (robos, vandalismo) (9 ítems).
- Victimización por parte de cuidadores (maltratos – violencia física, violencia psicológica, negligencia) (4 ítems).
- Victimización por iguales o hermanos (6 ítems)
- Victimización sexual (6 ítems).
- Testimonio o exposición a violencia (9 ítems).

Con el intuito de estudiar el tipo de victimización a través de *Internet* se añadieron dos cuestiones más al instrumento, constituyendo un nuevo módulo designado Victimización *online*, que incidieron sobre las solicitudes sexuales no deseadas a través de *Internet* y el *cyberbullying* o acoso por *Internet* (2 ítems).

Victimización *online* (2 ítems) (este módulo fue desarrollado por los autores del instrumento y no hace parte de la versión original del cuestionario así que no será

incluido en el estudio psicométrico del instrumento. Se han añadido estos dos ítems por considerarse pertinentes y permitir caracterizar esta forma reciente de victimización).

Cada una de estas áreas constituye un módulo del cuestionario, que puede ser administrado de forma independiente de los restantes, a pesar de ser recomendable la utilización global del instrumento.

Este instrumento presenta varias versiones, entrevista semiestructurada, administrada por el psicólogo a menores con edad a partir de ocho años, y entrevista heteroaplicada, para padres o cuidadores de niños con edad a partir de ocho y una versión auto-relato, auto administrada a niños con edad a partir de 12 años. Esta versión permite recoger respuestas también de adultos que hayan sufrido victimizaciones en la infancia y adolescencia de forma retrospectiva. Tiene una escala de respuesta tipo likert de seis puntos (1 = una vez; 2 = dos veces; 3 = tres veces; 4 = cuatro veces; 5 = cinco veces o más; 6 = no) en que el respondiente indica, para cada ítem, la frecuencia de ocurrencia del evento victimizante.

El estudio original de validación de este instrumento fue efectuado con una muestra de 2030 niños y jóvenes americanos, con edades comprendidas entre los dos y los 17 años. En lo que respecta a la consistencia interna del total de los 34 ítems del JVQ, el valor del *alpha* de Cronbach encontrado fue de .80 α , un valor indicativo de buena consistencia interna. Los valores de *alpha* para los diferentes módulos de la escala varían entre flacos y moderados, justificados según los autores, por el pequeño número de ítems de cada módulo, delitos comunes ($\alpha = 0.61$), maltrato infantil ($\alpha = 0.39$), victimización sexual ($\alpha = 0.51$), victimización perpetuada por el grupo de pares y/o hermanos ($\alpha = 0.55$), no se habiendo calculado el *alpha* de Cronbach para el módulo testimonio y victimización indirecta (Finkelhor et al., 2005).

La validez de criterio fue testada mediante la correlación del total del JVQ y sus sub-escalas con el Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC, Briere, 1996, citado por Finkelhor et al., 2005). El JVQ total y sus módulos presentan correlaciones significativas a moderadas con tres sub-escalas del TSCC, en concreto con la escala de ansiedad (entre .14 a .30), depresión (.16 a .35) e ira (.21 a .35).

4.4.2. Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28)

La Child and Youth Resilience Measure-28 (Medida de Resiliencia para Niños y Jóvenes) (CYRM-28) es una medida psicométrica desarrollada por el Resilience Research Center (2009), destinada a evaluar la resiliencia de jóvenes y adultos con edades comprendidas entre 12 y 23 años. Es constituida por dos partes, la primera dedicada a la caracterización sociodemográfica del sujeto, en cuanto la segunda presenta 28 ítems con una escala de respuesta tipo likert, que varía entre 1 y 3, (1 = no; 2 = algunas veces; 3 = sí).

La resiliencia es evaluada a través del análisis de los múltiples niveles de funcionamiento de los sujetos, a saber, a través de las características individuales, relacionales, comunitarias y culturales.

Este instrumento nació de la necesidad de un conocimiento más profundizado del concepto de resiliencia en distintas culturas y contextos. Fue desarrollado a partir de un estudio piloto, en lo cual han participado 1451 jóvenes con edades entre 13 y 23 años de edad, pertenecientes a 14 comunidades de 11 países diferentes (Canadá, USA, Colombia, China, India, Rusia, Palestina, Israel, Tanzania, Gambia y Sud África). Uno de los criterios de selección de los participantes, fue su identificación en cuanto a niños y jóvenes considerados en situaciones de gran adversidad, o sea, niños y jóvenes en riesgo. A partir de este estudio fueron identificados 58 ítems relacionados con el

concepto de hacer bien “*doing well*”, los cuales constituyeron la primera versión del instrumento. Posteriormente y fruto del análisis factorial exploratorio de los datos, suportada por entrevistas individuales a los jóvenes y adultos y análisis teórico de los conceptos, fueron seleccionados los actuales 28 ítems que constituyen esta medida (Ungar y Liebenberg, 2011).

Los autores proponen dos opciones para el instrumento, una con una escala de respuesta de 5 puntos, en que 1 significa “de forma alguna” e 5 significa “mucho”, variando la puntuación entre 28 y 140 puntos, y otra más accesible a nivel de comprensión y lectura, con una escala de respuesta de 3 puntos (1 = no; 2 = a veces y 3 = si), con valores totales entre 28 y 84 puntos. En ambas opciones los ítems están descriptos de forma positiva, siendo que puntuaciones más altas significan mayor presencia de procesos resilientes (Ungar y Liebenberg, 2009).

En el estudio original de construcción de esta medida, Ungar y colaboradores (Liebenberg et al., 2012) procedieron a estudios de validación del instrumento en las diferentes comunidades participantes, proponiendo la existencia de una distribución de los ítems en cuatro factores, según el modelo teórico defendido. No obstante, y tal como se ha venido a confirmar, la distribución heterogénea dos ítems, inviabilizó la identificación de una estructura factorial válida para todas las comunidades participantes en el estudio.

Para Merrel, Cohn y Tom (2012, citado en Daignealut et al., 2013), estos resultados encontrón explicación en el hecho de el modelo occidental no ser vigente en la totalidad de las comunidades, así como por la resiliencia, aparentemente, ser influenciada tanto por el contexto, como por el tipo de adversidad a que el joven se enfrenta.

Este hecho apenas ha venido a reforzar el principio de que la resiliencia es un constructo multidimensional, que varía según el cuadro referencial del individuo y con el propio contexto, así que la busca por una definición y una estructura factorial común se muestra poco viable (Ungar, 2012). Todavía y atendiendo a su base de desarrollo, el instrumento presenta buena validez facial (RRC, 2009).

De acuerdo con la revisión bibliográfica efectuada, los estudios de validación del instrumento, desarrollados en diferentes poblaciones, vienen demostrando en su generalidad buenos resultados psicométricos (Daigneault, Dion, Hébert, McDuff y Collin-Vézina, 2013).

Zahradnik y colaboradores (2010) realizaron un estudio sobre la resiliencia con una muestra de 126 jóvenes canadienses, donde analizaron las calidades psicométricas de la CYRM-28. Los resultados de ese análisis han revelado buena consistencia interna para el total de la escala, presentando un valor de *alpha* de Cronbach de .90. La estructura factorial descrita presenta tres factores que han sido designados Comunidad, Familia y Individuo, con valores de *alpha* de .86, .72 y .79, respectivamente siendo responsables por 44% de la variancia.

Liebenberg y colaboradores (2012) procedieron al estudio de validación da CYRM-28 en una muestra de 497 jóvenes canadienses, caracterizada por ser más homogénea, comparativamente a los participantes del estudio original. En este estudio fueron identificados tres factores o sub-escalas, denominadas Individual, Relacional y Contextual, El factor 1, designado Individual, es constituido por 11 ítems (2, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 25) y integra las habilidades personales del individuo, a que corresponden 5 ítems (2, 8, 11, 13 y 21), el soporte de iguales, 2 ítems (14 y 18) y las habilidades personales, 4 ítems (4, 15, 20 y 25). El factor 2, designado Relación con el cuidador o Relacional, es constituido por 8 ítems, cuidado físico, a que corresponden 3

ítems (17, 5 y 7) y cuidado psicológico, 5 ítems (6, 12, 17, 24 y 26). El factor 3, designado Contextual, es constituido por 10 ítems, espiritual, con 3 ítems (9, 22 y 23), educación, 2 ítems (3 y 16), y cultural, 5 ítems (1, 10, 19, 27 y 28). Estos factores son responsables por una variancia en el total de la escala de 40%, y cada uno explica 26.2%, 8% y 6.3% de la variancia. La fiabilidad del instrumento fue evaluada a través del *alpha* de Cronbach, t-test y coeficientes de correlación, en dos momentos en el tiempo (T1 y T2). Los valores de *alpha* variaron entre .65 y .91 y fueron aceptables en todos los casos. Para los tres componentes, la prueba t no ha mostrado diferencias significativas en el tiempo, lo que demuestra una buena estabilidad temporal.

Más recientemente, en el trabajo de validación desarrollado por Daigneault y colaboradores (2013), con una muestra de 516 jóvenes Franco Canadienses, han encontrado niveles satisfactorios de consistencia interna, tanto en el total de la escala, con un valor de *alpha* de .80, como para las sub-escalas Individual/Social, Familia, con valores de .84 y .78. Solamente la sub-escala Contextual/Espiritual ha presentado baja consistencia interna, con un valor de *alpha* de .64. De subrayar que este estudio de validación de la CYRM-28 contempla solamente 27 ítems, ya que el ítem 5 ha sido excluido de la versión final. Tal decisión se ha debido al hecho de, tras realizarse el estudio factorial del total de los ítems, a través del método de análisis de los componentes principales (PCA), este presentar correlaciones con diversos ítems, inviabilizando su inclusión en uno de los factores (Daigneault, 2013). La escala presenta buena validez de constructo, atendiendo a los resultados de correlación encontrados con medidas de auto-estima, auto-aceptación/*mindfulness*, *empowerment*, sintomatología traumática, relacionamiento con los padres, diferencias de género e historial de abuso sexual.

En Portugal, Ferreira (2015) efectuó el estudio de validación del instrumento para una muestra de 410 adolescentes con edad entre los 12 y los 18 años. Tras efectuar su análisis factorial exploratorio fueron identificados tres factores, tal y como en el estudio original de validación (Liebenberg et al., 2012), presentando una buena consistencia interna ($\alpha = .88$). La consistencia interna de las sub-escalas varió entre .82 para la sub-escala individual, .76 y .72 para las sub-escalas relacional y contextual. Posteriormente fue realizado un análisis factorial confirmatorio y esta estructura se ha mostrado ajustada.

Todos los estudios descritos se refieren a la versión 1, a que corresponde una escala de respuesta tipo *likert* de cinco puntos y una formulación de las cuestiones más directa, comparativamente a la versión 2, que es la que se irá utilizar en nuestro estudio y que presenta una escala de respuesta de tres puntos y dispone de una redacción de las cuestiones más accesible, incluyendo ejemplos en algunas de las cuestiones.

4.4.3. Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (EADS – 21C)

La Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés para niños y pre-adolescentes (EADS-21C) (Pais-Ribeiro, Honrado y Leal, 2004), tal y como el nombre indica, permite evaluar el estado emocional del niño o joven durante la última semana.

Fue desarrollada con base en la versión para adultos, originalmente designada Depression Anxiety Stress Scale (DASS). La base teórica subyacente a este instrumento sigue el Modelo Tripartito de Clark y Watson (1991), según lo cual los constructos ansiedad y depresión son difíciles de diferenciar empíricamente. Por eso, asumen un Modelo Tripartito en que los síntomas de ansiedad y depresión se agrupan en tres estructuras básicas, la primera designada por *distress* o afecto negativo, donde se incluyen síntomas relativamente inespecíficos que son experimentados tanto por

individuos depresivos como ansiosos e incluyen, además del humor deprimido y ansioso, el insomnio, malestar o insatisfacción, irritabilidad o dificultad de concentración.

Estos síntomas inespecíficos son responsables por la fuerte asociación entre las medidas de ansiedad y depresión. Además de este factor específico, la ansiedad y depresión constituyen las otras dos estructuras, así pues, la tensión somática y hiperactividad constituyen la ansiedad y la anhedonia y ausencia de afecto positivo como relativamente específicas de la depresión (Ribeiro, 2007).

Puesto esto, la EADS-21 C está constituida por 21 ítems distribuidos por tres dimensiones o escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés, cada una de ellas con siete ítems.

Así, de cada escala forman parte distintos conceptos, a saber:

- Depresión: evalúa la disforia, desesperanza, desvalorización de la vida; autodesaprobación; falta de interés/implicación/envolvimiento; anhedonia; inacción, correspondiendo un ítem para cada concepto (5, 10, 13, 16, 17, 21).
- Ansiedad: evalúa los síntomas somáticos y subjetivos de miedo – activación autónoma (tres ítems), efectos musculares esqueléticos (un ítem), ansiedad situacional (un ítem) y experiencias subjetivas de ansiedad (dos ítems), a que corresponden los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.
- Estrés: dificultad en relajarse (dos ítems), activación nerviosa (un ítem), facilidad para ponerse perturbado/agitado (un ítem), irritable/híper-reactivo (dos ítems), e impaciente (un ítem), a que corresponden los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

Este instrumento es una escala de auto-relato, en que se solicita al participante que evalúe la intensidad de los síntomas emocionales negativos de la última semana. La

escala de respuesta es de tipo *likert* de cuatro puntos, donde 0 significa “no se ha aplicado a mí”; 1 “se ha aplicado a mí”; 2 “se aplicó a mi algunas veces”; 3 “se aplicó a mi muchas veces”; y 4 “se aplicó a mí la mayoría de las veces”.

La puntuación de la escala se calcula de forma total, sumando los 21 ítems, o de forma parcial, sumando el total de cada uno de los módulos, o sea, siete ítems de cada uno con un valor mínimo de “0”, que significa ausencia de síntomas emocionales negativos y un máximo de 21 puntos, que corresponde a estados afectivos más negativos. Una vez que esta escala deriva del DASS, que presenta 42 ítems, el resultado de la EADS-21 C se calcula convirtiendo las notas de la escala, o sea, multiplicándose cada nota por dos. El total de cada una de las escalas, puede ser inserido en cinco categorías de sintomatología (normal, leve, moderada, severa y extremadamente grave), según los parámetros de Lovibond y Lovibond (1995), conforme se puede comprobar en la Tabla 2.

Tabla 2. Categorías correspondientes a cada sub-escala (Lovibond y Lovibond, 1995)

EADS-21C Sub-escalas	Normal	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente Grave
Ansiedad	0-7	8-9	10-14	15-19	>20
Depresión	0-9	10-13	14-20	21-27	>28
Estrés	0-14	15-18	19-25	26-33	>34

Este instrumento fue validado para la población portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado y Leal (2004), inicialmente para una muestra de adultos entre 18 y 23 años. La consistencia interna del instrumento fue calculada para cada una de las dimensiones, presentado buenas propiedades psicométricas, respectivamente de 0.85 para la sub-escala depresión, de 0.74 para a de ansiedad y de 0.81 para la dimensión estrés.

Posteriormente, la consistencia interna del instrumento fue inspeccionada una vez más, ahora en una muestra de pre-adolescentes y adolescentes con edades entre ocho y 15 años. Los índices de confiabilidad para cada una de las dimensiones son adecuados, alcanzando un valor de *alpha* de Cronbach de 0.74 en la sub-escala estrés, 0.78 para sub-escala depresión y 0.75 ansiedad (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro y Marôco). Se mantuvo la estructura tridimensional del instrumento correspondiente al modelo teórico explicativo de la ansiedad, depresión y estrés, propuesto por Lovibon y Lovibon (1995).

4.5. Diseño

El diseño de esta investigación es transversal, de tipo descriptivo, comparativo y exploratorio, en un único momento de manera retrospectiva (Almeida y Freire, 1997), una vez que se describen las características de la población evaluada, a saber, las diferencias existentes entre grupos de jóvenes con y sin historial de violencia y su capacidad de resiliencia. Además, exploraremos el efecto de la victimización y polívictimización en el apareamiento de sintomatología psicopatológica.

Para el efecto se estudiarán las propiedades psicométricas de dos instrumentos, el JVQ en sus dos formatos (último año y a lo largo de la vida) y la CYRM-28. En el Cuadro 7 se exponen las variables del estudio, según el tipo de variables, su definición conceptual y los instrumentos utilizados para medirlas.

Cuadro 7. Definición de las variables

Tipo de variable	Designación	Definición conceptual	Indicadores	Instrumentos
Variable dependiente (criterio)	Resiliencia	Capacidad de los individuos superar la adversidad y hacerlo bien a pesar de expuestos a adversidad significativa.	Competencias individuales, competencias de los cuidadores y contextual.	Child and Youth Resilience Measure -28 (CYRM-28 – youth version – option 2)
	Ansiedad	Está caracterizada por la asociación entre estados de excitación y tensión persistentes, con bajo nivel de resistencia a la frustración y desilusión.	Evalúa los síntomas somáticos y subjetivos de miedo – activación autónoma; efectos musculares esqueléticos; ansiedad situacional y experiencias subjetivas de ansiedad.	Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés - Niños (EADS – 21C)
	Depresión	Perturbación caracterizada por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona, entre otros.	Evalúa la disforia, desesperanza, desvalorización de la vida; autodesaprobación; falta de interés/implicación/envolvimiento; anhedonia; inacción.	EADS – 21C
	Estrés	El estrés es descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado.	Evalúa la dificultad en relajarse; activación nerviosa; facilidad para ponerse perturbado/agitado; irritable/híper-reactivo e impaciente.	EADS – 21C
Variables independientes (predictoras)	Victimización	Haber sido víctima de algún tipo victimización	Delitos convencionales; Maltrato infantil; Victimización entre iguales o hermanos; Victimización sexual, Testimonio o Victimización indirecta; Victimización a través de <i>Internet</i> .	Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ - versión auto-relato) formato último año o a lo largo de la vida
	Género	División del género en dos grupos	Femenino Masculino	CYRM-Parte 1
	Edad	Número de años en la fecha de administración del protocolo.	Número de años	CYRM-Parte 1

4.6. Procedimiento

Para alcanzar los objetivos propuestos en el estudio fueron cumplidos varios procedimientos, entre ellos, los que abajo se describen. En un primer momento se hice una exhaustiva revisión de la literatura sobre la temática de la victimización y sus consecuencias psicológicas, las características del funcionamiento positivo, en particular de la resiliencia, y los instrumentos psicométricos existentes para medición de estos conceptos. Se buscaron artículos, en distintas revistas especializadas y varias bases de datos (Psicodoc, PsycArticles, PsycINFO, ProQuest, Psyke, Pubmed, Dialnet, SciELO, Redalyc, ScienceDirect, Psicothema), así como documentación en soporte de papel. En esta búsqueda se emplearon palabras clave como: child, youth, child maltreatment, abuse, victim, victimization, polyvictimization, psychopathology, positive, resilience, assessment, scale, questionnaire, evaluation, measure, psychometric, properties, así como el nombre de las pruebas elegidas (Juvenile Victimization Questionnaire - JVQ; Child and Youth Resilience Measure – CYRM-28) y de sus autores, Finkelhor y Ungar, y se efectuaran en inglés, portugués y castellano.

Tras elegirse los instrumentos apropiados a la realización del estudio y adecuados a attingir los objetivos planteados para la investigación, se contactaron sus autores, para obtener las respectivas autorizaciones de utilización, así como los respectivos ejemplares, en caso de no estar disponibles, siguiéndose su traducción y retro traducción del inglés al portugués y del portugués al inglés.

Para el efecto se han seleccionado, de forma aleatoria, centros de enseñanza de todo el país, atendiendo a la zona (litoral e interior) y medio (rural y urbano), lo que resultó en 11 centros pertenecientes a nueve distritos (Portugal continental e islas). Estos participantes constituirán el Grupo I (GI) y representan el grupo normativo de la muestra. Después de elegirse los centros, se hice un contacto previo, por teléfono o por

correo electrónico, con los directores u otro responsable, donde se hizo una breve presentación de los objetivos del estudio, remitiéndose posteriormente la documentación necesaria para análisis del estudio, donde se incluyó carta de contacto con las instituciones, un ejemplar de cada uno de los instrumentos psicométricos, consentimiento informado para el encargado de educación del alumno y directrices de administración de los instrumentos.

Tras obtenerse la autorización por parte de las direcciones de los centros, se remitió un protocolo por cada participante, constituido por: 1) Cuestionario de Victimización Juvenil (JVQ); 2) Medida de Resiliencia para Niños y Jóvenes (CYRM-28); 3) Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés para Niño (EADS-21C); 4) Consentimiento informado para el responsable del alumno y 5) Directrices de administración de los instrumentos, una por clase. De todos los centros contactados, cinco no aceptaron participar, uno de ellos no contestó a los contactos y cuatro consideraron la temática muy sensible, sobre todo en lo que respecta a las cuestiones del módulo D - Victimización Sexual.

Posteriormente, y con el objetivo de realizar a un estudio comparativo siguiendo el mismo procedimiento, se eligieron las instituciones de acogimiento de niños y jóvenes para constituir un segundo grupo (GII), o sea, la muestra forense. Estos participantes estaban señalizados como teniendo experiencia de exposición (directa o no) a violencia. De esta forma, fueron mantenidos contactos previos con sus Directores, todos hechos personalmente por la autora, donde se hizo igualmente la presentación de la investigación y entrega de la documentación para análisis. Después de obtenida la respectiva autorización para realización del estudio, el protocolo fue enviado a sus responsables, uno por participante, para que se procediera a su administración.

En el caso del grupo normativo, los instrumentos fueron administrados colectivamente en las clases por el investigador o por profesores elegidos por la dirección de los centros, en cuanto en el grupo forense, fue el investigador o el psicólogo de la institución quien lo hizo, reservándose cerca de 40 minutos para cumplimentar los enunciados. Los datos fueron recogidos entre los meses de octubre de 2014 y marzo de 2015. Tras finalizada la recogida de los datos, se revisaron los protocolos y se excluyeron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, (ej., tener más de 17 años), o estaban incompletos, ya sea por errores o faltas al rellenar los datos sociodemográficos, no tener los instrumentos de medida completados o por la falta de ítems que invalidaban algunos de los instrumentos. En seguida, se hizo la codificación de las respuestas, se creó la base de datos con las variables definidas y se inició la introducción de los datos para posterior análisis.

Para que todos los principios éticos y deontológicos fueran cumplidos, así como para minimizar la influencia de la variable terapeuta, se definieron directrices con el objetivo de uniformizar los criterios de administración de los instrumentos. Todos los responsables de los jóvenes autorizaron, de forma escrita, la participación de estos en el estudio. En suma, la investigación presupone dos aspectos fundamentales, por un lado, la adaptación y validación del *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ), versión auto-relato, formato último año y a lo largo de la vida y de la *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28-Versión 2), por otro caracterizar y comparar los dos grupos muestrales en lo que toca a la victimización y resiliencia.

4.7. Análisis de datos

Para testar los objetivos definidos en el estudio se hicieron diferentes análisis utilizando, para tal, el paquete estadístico informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), en su versión 22.0. La parte 1 del instrumento CYRM-28 permitió caracterizar la muestra en lo que respecta a las variables sociodemográficas, edad, género, nivel de escolaridad y estructura familiar. Para analizar las variables cuantitativas, se aplicaron estadísticos descriptivos y se calcularon la media y desviación típica, en cuanto a las variables cualitativas se utilizaron porcentajes que permitieron conocer la prevalencia de las características demográficas de los participantes.

Con el objetivo de efectuar la adaptación psicométrica del JVQ y de la CYRM-28, se adecuaron los análisis estadísticos a cada una de las pruebas. Así, y para el JVQ, con el propósito de comprobar la fiabilidad del instrumento en sus dos formatos, se calculó la consistencia interna a través del coeficiente *alpha* de Cronbach para los totales y para cada una de las sub-escalas del instrumento. El *alpha* de Cronbach representa la consistencia interna del instrumento, o sea, el grado en que los ítems se correlacionan entre sí y miden el mismo constructo (Marôco y Garcia-Marques, 2006).

La validez de criterio fue comprobada analizando las correlaciones entre los distintos módulos del JVQ y el total del instrumento, así como entre este instrumento y la EADS-21 C, a través del cálculo del coeficiente de Pearson. Este valor es indicativo del grado en que una variable depende de otra de forma lineal, en que un valor de *r* de próximo de -1 (correlación negativa) o 1 (correlación positiva) es indicativo de fuerte correlación. Los procedimientos descritos se replicaron tanto para el formato último año como para a lo largo de la vida. Además, se realizó un análisis de regresión lineal según

el método de pasos sucesivos (*stepwise*), que permite identificar, paso a paso, las variables que van entrando o quedando excluidas de nuestro modelo.

En lo que respecta a la CYRM-28, instrumento destinado a medir la resiliencia, en un primer momento se testó su estructura factorial, o sea, su validez de constructo. Se empezó el estudio de la estructura factorial de la CYRM-28 realizando un análisis factorial confirmatorio (AFC) según el método de análisis de componentes principales, para estimar los parámetros del modelo. Para el efecto, se recurrió al programa AMOS (*Analysis of Moment Structures*) versión 7.0 (Arbuckle, 2006). Una vez que los resultados del AFC no fueran satisfactorios, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) y eliminar ítems que, teórica y empíricamente, no contribuyeran para una estructura factorial estable según la metodología descrita, hasta una solución final de 15 ítems (CYRM-15).

Para el efecto se inició el procedimiento a través del cálculo la matriz de correlaciones entre todas las variables y del test de esfericidad de Bartlett, con el propósito de comprobar que la matriz de correlaciones es la matriz de identidad. En seguida se calculó el KMO de Kaiser-Mayer-Olkin, que sirvió para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial y se ha mostrado adecuado a la realización del análisis factorial. La extracción de los factores se realizó según el método de componentes principales, seguido de rotación Oblimin con normalización Kaiser, con correlaciones entre los factores. De modo a cubrir todos los procedimientos, se realizó un derradero AFC para la versión reducida del instrumento (CYRM-15), según el método de análisis de componentes principales, para estimar los parámetros del modelo. En todos los AFE desarrollados, se ha intentado mantener la estructura de tres factores del instrumento propuesta en el estudio original, ya que teóricamente es la que mejor explica el constructo de la resiliencia (Garmezy, 1985; Luthar, Cichetti y Becker,

2000; Masten, 2001; Rutter, 2000, Werner, 2000, citado por Liebenberg et al., 2012). La validez de criterio fue calculada a través de los coeficientes de correlación entre el total de la CYRM-15 y sus sub-escalas, y la EADS-21C y respectivas sub-escalas, con recurso a la prueba de correlación de Pearson, una vez que estamos delante de una muestra sin distribución normal, o sea, con distribución no paramétrica.

La validez discriminante que representa el grado en que por lo menos dos medidas difieren entre sí, fue calculada para cada uno de los grupos muestrales, con base en las características de género, edad y grupo de pertenencia. Para tal se aplicaron testes no paramétricos, atendiendo a las características de la muestra en lo que atañe a la ausencia de distribución normal de las variables, en concreto las Pruebas *t* de Student para dos muestras independientes, tanto para el JVQ como para la CYRM-15, con el objetivo de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los individuos de los dos grupos en lo que respecta a las experiencias de victimización y características de resiliencia, en función del género, edad y grupo de pertenencia de los participantes. Además, se aplicó el ANOVA *two ways* (ANOVA de dos vías) para el tamaño del efecto de las diferencias encontradas, se aplicó el eta cuadrado parcial (η^2_p), segundo la clasificación de Cohen (1988). Así un valor de eta cuadrado parcial menor que $\leq .05$ es considerado pequeño, en cuanto entre $.05$ y $.25$ es medio, ya entre $.25$ y $.50$ es elevado y cuando $\geq .5$ es muy elevado (Marôco, 2014).

Para el tratamiento de los *missing value* (casos perdidos), se decidió proceder a eliminación de sujetos, ya que los casos perdidos eran superiores al 10% de la muestra (Martinez Arias, 1999), considerándose la matriz de datos preparada para futuros análisis.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5. Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio, según dos niveles de análisis: el primer tiene como propósito conocer las cualidades psicométricas del JVQ y de la CYRM-28, analizando la fiabilidad y validez de los instrumentos; en el segundo se procura caracterizar las dos muestras a través de dichos instrumentos, considerando las variables género y edad, y comparar los dos grupos en lo que concierne a la experiencia de victimización y la capacidad de resiliencia de los sujetos.

5.1. Estudio Psicométrico del Cuestionario de Victimización Juvenil (JVQ) formato último año y a lo largo de la vida

Con el objetivo de conocer las cualidades psicométricas del JVQ se hizo el estudio del instrumento para las dos formas (último año y a lo largo de la vida), según los parámetros de validación del estudio original (Finkelhor et al., 2005). Presentaremos, en primer lugar, el estudio psicométrico del JVQ para el último año, siguiéndose el formato a lo largo de la vida.

5.1.1. Consistencia interna

JVQ formato último año

Para el análisis de la coherencia de las respuestas de los participantes a cada uno de los 34 ítems del instrumento JVQ, se determinó el coeficiente de *alpha* de Cronbach, para el total del instrumento con un valor aceptable $\alpha = .75$. También se calculó el coeficiente de *alpha* para cada uno de los módulos o sub-escalas del cuestionario, todos con valores de *alpha* inferiores a $\alpha = .60$, considerados débiles, véase la Tabla 3.

Tabla 3. Consistencia interna del JVQ formato último año

JVQ formato último año	Estadísticos de fiabilidad	
	<i>alpha</i> de Cronbach	N de elementos
JVQ Total	.75	34
Módulo Delitos Comunes	.59	8
Módulo Victimización por parte del cuidador	.45	4
Módulo Victimización por iguales y hermanos	.40	6
Módulo Victimización Sexual	.35	7
Módulo Testimonio o exposición a violencia	.51	9

5.1.2. Validez de criterio

Con el objetivo de determinar la validez criterial, se calcularon las intercorrelaciones entre el total del JVQ y los módulos. Todas las correlaciones fueron significativas a nivel de 0.01, con magnitudes más fuertes encontradas en el total del cuestionario y en los distintos módulos. Así pues, los módulos victimización sexual ($r = .494$) y victimización por parte del cuidador ($r = .634$) presentaron correlaciones moderadas con el total del cuestionario, en cuanto los restantes módulos presentaron correlaciones fuertes con el JVQ total.

Ya en lo que toca a las correlaciones entre los módulos del JVQ, los valores encontrados fueron en su mayoría flacos, caso del módulo victimización sexual y victimización por pares y hermanos ($r = .198$), así bien, los módulos victimización por delitos comunes y victimización sexual ($r = .198$), con excepción de la correlación entre los módulos victimización por delitos comunes y victimización por pares y hermanos que fue moderada ($r = .513$), véase la Tabla 4.

Tabla 4. Intercorrelaciones entre áreas del JVQ total y sub-escalas formato último año

JVQ formato último año	JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQP	JVQS	JVQTest
JVQTotal	1	.726**	.634**	.736**	.494**	.715**
JVQCC	.726**	1	.363**	.513**	.198**	.293**
JVQMT	.634**	.363**	1	.357**	.231**	.336**
JVQP	.736**	.513**	.357**	1	.183**	.321**
JVQS	.494**	.198**	.231**	.183**	1	.247**
JVQTest	.715**	.293**	.336**	.321**	.247**	1

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En lo que respecta a las correlaciones Pearson entre el JVQ total y sub-escalas para el último año y el EADS-21 total y sub-escalas, todas las correlaciones son significativas a nivel de 0.01. Los valores encontrados indican correlaciones moderadas entre el JVQ total y la EADS-21 total y sub-escalas, siendo el valor más alto obtenido entre el JVQ total y el EADS-21 total ($r = .487$). Ya entre las sub-escalas del JVQ y las sub-escalas del EADS-21 (ansiedad, depresión y estrés), los valores encontrados indican correlaciones débiles, caso del módulo del JVQ victimización sexual y el módulo EADS-21 ansiedad ($r = .152$), véase la Tabla 6. Los valores de las correlaciones encontrados, indican que cada uno de los módulos y escalas representa un concepto distinto.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre JVQ formato último año y EADS

JVQ formato último año	EADS Total	EADS Ansiedad	EADS Depresión	EADS Estrés
JVQTotal	.487**	.401**	.481**	.447**
JVQCC	.356**	.334**	.346**	.328**
JVQMT	.500**	.430**	.485**	.443**
JVQP	.327**	.308**	.326**	.290**
JVQS	.252**	.152**	.286**	.245**
JVQTest	.304**	.239**	.276**	.293**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Una vez analizados los niveles de correlación entre las variables victimización y sintomatología psicopatológica, se hará un análisis de regresión lineal, buscándose conocer la capacidad explicativa de dichas variables, en concreto si la victimización predice la sintomatología psicopatológica.

En la Tabla 6 se puede verificar que el JVQ total y el módulo JVQ malos tratos por parte del cuidador, explican 27.1% de la variabilidad encontrada ($R^2 = .271$). De estas variables, la que aumenta considerablemente el poder predictivo del modelo en 23.7% ($R = .237$), es la variable victimización total.

Tabla 6. Modelo de regresión lineal para el EADS total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
1	.487 ^a	.237	.236	9.246
2	.521 ^b	.271	.269	9.042

Modelo 1: (Constante), JVQ Total último año

Modelo 2: (Constante), JVQ Total último año, JVQ MT último año

c. Variable Dependiente: EADS Total

En la Tabla 7 se puede apreciar que la variable victimización total ($t = 7.216$; $p < .05$) y la victimización por parte del cuidador ($t = 5.220$; $p < .05$) contribuyen de manera significativa para el modelo, siendo que la victimización total presenta un peso predictivo mayor para la sintomatología total (EADS total) ($\beta = .333$) que la victimización por parte del cuidador ($\beta = .241$).

Tabla 7. Parámetros del modelo de regresión lineal del EADS total

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
	B	Error típico	Beta	t		Inferior	Superior
(Constante)	5.978	.458		13.048	.000	5.078	6.877
1 JVQTotal	.765	.057	.487	13.400	.000	.653	.877
(Constante)	5.993	.448		13.375	.000	5.113	6.873
JVQTotal	.524	.073	.333	7.216	.000	.381	.666
2 JVQMT	1.626	.312	.241	5.220	.000	1.014	2.238

a. Variable Dependiente: EADS Total

Con respecto a la ansiedad, y del análisis de la Tabla 8, verificamos que 18.3% ($R^2 = .183$) de la variabilidad del modelo es explicada por las variables victimización total (JVQ total) y victimización por parte del cuidador (JVQMT). A pesar de la variable victimización por parte del cuidador contribuir para el modelo, su capacidad explicativa es menor 16.1% ($R^2 = .161$), comparativamente con la victimización total.

Tabla 8. Modelo de regresión lineal para la sub-escala ansiedad

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
1	.401 ^a	.161	.159	2.987
2	.428 ^b	.183	.181	2.949

Modelo 1: (Constante), JVQ Total

Modelo 2: (Constante), JVQ Total JVQ MT

c. Variable Dependiente: EADS Ansiedad

En la Tabla 9 se puede comprobar que la victimización total ($t = 5.755$; $p < .05$) y la victimización por parte del cuidador ($t = 4.071$; $p < .05$), ocurridas en el último año, contribuyen de manera significativa al modelo, en que la variable victimización total presenta un peso predictivo mayor ($\beta = .276$) que la variable malos tratos por parte del cuidador ($\beta = .195$).

Tabla 9. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala ansiedad

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Intervalo de confianza 95% para B	
		B	Error típico	Beta	t	Sig.	Límite inferior / Límite superior
1	(Constante)	1.404	.146		9.621	.000	1.117 / 1.691
	JVQTotal	.195	.018	.401	10.688	.000	.159 / .230
	(Constante)	1.407	.144		9.769	.000	1.124 / 1.690
2	JVQTotal	.134	.023	.276	5.755	.000	.088 / .180
	JVQMT	.409	.100	.195	4.071	.000	.212 / .606

a. Variable Dependiente: EADS Ansiedad

Por otro lado, la variable depresión sería mejor explicada por las variables victimización total, victimización por parte del cuidador y victimización sexual durante el último año, con una variabilidad de 27.5% ($R^2 = .275$), siendo que la variable victimización total, sola, es responsable por 23.1% de la varianza ($R^2 = .231$), véase la Tabla 10.

Tabla 10. Modelo de regresión lineal para la sub-escala depresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
1	.481 ^a	.231	.230	3.459
2	.518 ^b	.268	.265	3.378
3	.525 ^c	.275	.272	3.364

Modelo 1: (Constante), JVQ Total año

Modelo 2: (Constante), JVQ Total año, JVQ MT año

Modelo 3: (Constante), JVQ Total año, JVQ MT año, JVQ VS año

d. Variable Dependiente: EADS Depresión

En la Tabla 11 se comprueba que la victimización total ($t = 5.265$; $p < .05$), la victimización por parte del cuidador ($t = 5.683$; $p < .05$) y la victimización sexual ($t = 2.466$; $p < .05$) durante el último año, contribuyen de manera significativa al modelo, en

que la variable victimización total presenta un peso predictivo mayor ($\beta = .267$), comparativamente a la variable malos tratos por parte del cuidador ($\beta = .159$) y victimización sexual ($\beta = .100$).

Tabla 11. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala depresión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
	B	Error típico	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
(Constante)	1.946	.171		11.412	.000	1.611	2.281
1 JVQTotal	.278	.021	.481	13.331	.000	.237	.319
(Constante)	1.947	.167		11.691	.000	1.620	2.274
JVQTotal	.187	.026	.324	7.115	.000	.136	.239
2 JVQMT	.621	.114	.248	5.439	.000	.397	.845
(Constante)	1.959	.166		11.808	.000	1.633	2.285
JVQTotal	.155	.029	.267	5.265	.000	.097	.212
JVQMT	.649	.114	.259	5.683	.000	.425	.874
3 JVQVS	.266	.108	.100	2.466	.014	.054	.479

a. Variable Dependiente: EADS Depresión

En la Tabla 12 se observa que 22.1% ($R^2 = .221$) de la variable estrés, es explicada por las variables victimización total y victimización por parte del cuidador. De estas, la que explica prácticamente toda la variabilidad es la victimización total 19.9% ($R^2 = .199$).

Tabla 12. Modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
1	.447 ^a	.199	.198	3.677
2	.470 ^b	.221	.219	3.630

Modelo 1: (Constante), JVQ Total año

Modelo 2: (Constante), JVQ Total año, JVQ MT año

c. Variable Dependiente: EADS Estrés

Las dos variables mencionadas contribuyen de manera significativa para el modelo, en que la victimización total ($t = 6.906$; $p < .05$) y victimización por parte del cuidador ($t = 4.087$; $p < .05$) presentan un peso predictivo $\beta = .324$ y $\beta = .192$, véase la Tabla 13.

Tabla 13. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala estrés

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
	B	Error típico	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
(Constante)	2.451	.180		13.642	.000	2.098	2.804
1 JVQTotal año	.275	.023	.447	12.194	.000	.231	.319
(Constante)	2.455	.177		13.842	.000	2.107	2.803
JVQTotal año	.200	.029	.324	6.906	.000	.143	.257
2 JVQMT año	.505	.124	.192	4.087	.000	.262	.748

a. Variable Dependiente: EADS Estrés

5.1.3. Validez discriminante

El objetivo de los siguientes análisis fue determinar la validez discriminante del JVQ, formato último año y a lo largo de la vida y de la CYRM-15, o sea, analizar las diferencias que existen en cada grupo (normativo y forense), según las variables género y edad, así como entre los grupos, en el total de los cuestionarios y sub-escalas.

Además, se procederá al cálculo del tamaño del efecto a través del eta cuadrado parcial (η^2_p), siempre que se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las distintas variables.

Diferencias por género – JVQ formato último año - grupo normativo

La Tabla 14 presenta los estadísticos descriptivos para el total del cuestionario de victimización, así bien para los distintos módulos, formato último año y respectivos grupos (masculino y femenino). En lo que respecta a las victimizaciones durante el último año, según la variable género, los jóvenes del género masculino presentaron puntuaciones más elevadas en el total del JVQ ($M = 4.52$ vs $M = 4.41$), así como en los módulos delitos comunes ($M = 1.30$ vs $M = 1.04$), victimización por pares y hermanos ($M = 1.09$ vs $M = .94$) y testimonio o exposición a la violencia ($M = 1.33$ vs $M = 1.12$). Por otro lado, las jóvenes del género femenino presentaron puntuaciones más elevadas en los módulos malos tratos por parte del cuidador ($M = .40$ vs $M = .85$) y victimización sexual ($M = .39$; $M = .46$).

Tabla 14. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y módulos según el género

JVQ formato último año	Género masculino o femenino	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	Hombre	276	4.52	7.17340	.43179
	Mujer	330	4.41	6.40343	.35250
JVQCC	Hombre	276	1.30	2.557	.154
	Mujer	330	1.04	2.033	.112
JVQMT	Hombre	276	.40	1.210	.073
	Mujer	330	.85	1.774	.098
JVQP	Hombre	276	1.09	2.368	.143
	Mujer	330	.94	1.946	.107
JVQVS	Hombre	276	.39	1.54444	.09296
	Mujer	330	.46	1.39472	.07678
JVQTest	Hombre	276	1.33	2.922	.176
	Mujer	330	1.12	2.144	.118

En la escala JVQ, el cálculo de la prueba t de Student informa que hay diferencias estadísticamente significativas, entre jóvenes del género masculino y femenino, en cuanto a la experiencia de victimizaciones por parte del cuidador ($t_{604} = -3.714$; $p < .05$). En los demás módulos y total del JVQ no ocurrieron diferencias estadísticamente significativas en la experiencia de situaciones de victimización entre chicos y chicas, véase la Tabla 15.

Con el objetivo de conocer el tamaño del efecto de la variable género en ser víctima por parte del cuidador, se calculó la eta cuadrado parcial ($\eta^2_P = .022$), siendo el efecto considerado pequeño. Así, ser del género masculino o femenino explica 22% de la victimización por parte del cuidador.

Tabla 15. Prueba de muestras independientes para la variable género

JVQ formato último año		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba-t para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	.001	.978	.188	604	.851	.10356	.55180	-.98013	1.18724
	No se han asumido varianzas iguales			.186	556.929	.853	.10356	.55740	-.99131	1.19842
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	3.581	.059	1.398	604	.163	.261	.186	-.106	.627
	No se han asumido varianzas iguales			1.370	520.947	.171	.261	.190	-.113	.635
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	27.233	.000	-3.595	604	.000	-.452	.126	-.699	-.205
	No se han asumido varianzas iguales			-3.714	581.508	.000	-.452	.122	-.692	-.213
JVQVP	Se han asumido varianzas iguales	1.991	.159	.866	604	.387	.152	.175	-.192	.496
	No se han asumido varianzas iguales			.851	531.675	.395	.152	.178	-.198	.502
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	.530	.467	-.550	604	.583	-.06568	.11948	-.30033	.16897
	No se han asumido varianzas iguales			-.545	560.225	.586	-.06568	.12057	-.30250	.17115
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	4.681	.031	1.014	604	.311	.209	.206	-.196	.614
	No se han asumido varianzas iguales			.987	494.590	.324	.209	.212	-.207	.625

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil Total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Del análisis de la Tabla 16 constatamos que existen diferencias de media entre los grupos de edades en todos los módulos del JVQ así bien en el total del cuestionario, siendo las medias más elevadas para el grupo de los 15-17 años de edad. La diferencia de medias más acentuada es en el total del JVQ, una vez que el grupo de adolescentes entre los 15 y 17 años de edad presentaron una media de victimizaciones más elevada ($M = 3.72$ vs $M = 5.90$), comparativamente con los adolescentes más jóvenes, entre 12 y 14 años.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos para el JVQ último año para la variable edad

JVQ formato último año	Grupos de edad	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	12-14	400	3.72	5.506	.275
	15-17	206	5.90	8.523	.593
JVQCC	12-14	400	1.11	2.190	.110
	15-17	206	1.24	2.471	.172
JVQMT	12-14	400	.47	1.110	.056
	15-17	206	.99	2.141	.149
JVQVP	12-14	400	.95	1.960	.098
	15-17	206	1.14	2.472	.172
JVQVS	12-14	400	,1700	,68723	,03436
	15-17	206	,9369	2,23953	,15604
JVQTest	12-14	400	1,02	2,365	,118
	15-17	206	1,60	2,784	,194

La prueba t de Student fue aplicada con el objetivo de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edades (12-14 vs 15-17), en lo que toca al total del cuestionario de victimización juvenil y sus módulos, véase la Tabla 17.

Así pues, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el total del JVQ ($t_{604} = -3.812$; $p < .05$), así como en tres de los cinco módulos del cuestionario, en concreto, victimización por parte del cuidador (JVQ MT) ($t_{604} = -3.992$; $p < .05$), victimización sexual (JVQ VitSex) ($t_{604} = -6.301$; $p < .05$) y testimonio o exposición a la violencia (JVQ Test) ($t_{604} = -2.687$; $p < .05$). Fueron los módulos crimen convencional y victimización por parte de pares y hermanos los únicos que no presentaron diferencias estadísticamente en lo que concierne a la edad de las víctimas.

Se ha calculado el tamaño del efecto, mediante el cálculo del coeficiente eta cuadrado parcial de la variable edad en las variables de victimización (JVQ total, malos tratos, victimización sexual y testimonio o exposición a la violencia). Se ha verificado un efecto mediano de la edad ante la victimización sexual ($\eta^2_p = .064$). Por otra parte, el tamaño del efecto de la variable edad es pequeño en relación al testimonio o exposición a la violencia ($\eta^2_p = .015$), así bien las victimizaciones parte del cuidador ($\eta^2_p = .024$) y el total de las victimizaciones ($\eta^2_p = .023$) ocurridas en el último año.

Tabla 17. Prueba de muestras independientes para la variable edad

JVQ formato último año		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba-t para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	17.492	.000	-3.812	604	.000	-2.18527	.57330	-3.31117	-1.05936
	No se han asumido varianzas iguales			-3.338	295.596	.001	-2.18527	.65459	-3.47351	-.89702
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	.810	.369	-.639	604	.523	-.125	.196	-.511	.260
	No se han asumido varianzas iguales			-.614	373.108	.539	-.125	.204	-.527	.276
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	35.944	.000	-3.922	604	.000	-.518	.132	-.777	-.258
	No se han asumido varianzas iguales			-3.253	263.086	.001	-.518	.159	-.831	-.204
JVQVPs	Se han asumido varianzas iguales	1.676	.196	-1.063	604	.288	-.196	.184	-.557	.166
	No se han asumido varianzas iguales			-.988	340.849	.324	-.196	.198	-.586	.194
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	138.580	.000	-6.301	604	.000	-.76689	.12171	-1.00592	-.52786
	No se han asumido varianzas iguales			-4.800	225.093	.000	-.76689	.15977	-1.08174	-.45205
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	10.934	.001	-2.687	604	.007	-.579	.216	-1.003	-.156
	No se han asumido varianzas iguales			-2.551	360.030	.011	-.579	.227	-1.026	-.133

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por género - JVQ formato último año - grupo forense

La Tabla 18 presenta las diferencias de medias entre los grupos según la variable género. De su análisis verificamos que las adolescentes femeninas presentan puntuaciones medias superiores en el total del cuestionario de victimización ($M = 13.21$ vs $M = 13.82$), así como en los módulos victimización por parte del cuidador ($M = 1.11$ vs $M = 2.72$), victimización por pares y hermanos ($M = 2.39$ vs $M = 2.52$) y victimización sexual ($M = 1.03$ vs $M = 1.87$). Los adolescentes del género masculino presentaron puntuaciones medias superiores en los módulos delitos comunes ($M = 5.52$ vs $M = 3.72$) y testimonio o exposición a la violencia ($M = 3.39$ vs $M = 3.07$).

Tabla 18. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato último año según la variable género

JVQ formato último año	Grupos		N	Media	Desviación	Error típico de
	masculino	o femenino			Típica	la media
JVQTotal	Hombre		28	13.2143	13.01668	2.45992
	Mujer		29	13.8276	13.29089	2.46806
JVQCC	Hombre		28	5.25	5.529	1.045
	Mujer		29	3.72	4.122	.765
JVQMT	Hombre		28	1.11	1.315	.248
	Mujer		29	2.72	3.702	.687
JVQP	Hombre		28	2.39	3.095	.585
	Mujer		29	2.52	3.622	.673
JVQVS	Hombre		28	1.0714	2.70704	.51158
	Mujer		29	1.7931	2.94448	.54678
JVQTest	Hombre		28	3.39	4.012	.758
	Mujer		29	3.07	3.515	.653

Del análisis de la Tabla 19 verificamos que, en lo que toca a la variable género, solo se identifican diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el módulo malos tratos por parte del cuidador ($t_{59} = -2.534$; $p < .05$).

Al calcular el tamaño del efecto, entre la variable género y victimización por parte del cuidador, mediante el eta cuadrado parcial, no se ha detectado cualquier efecto ($\eta^2_p = .000$).

.

Tabla 19. Prueba de muestras independientes para la variable género

JVQ formato último año		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias				
		Z	Sig.	T	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la deferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	.852	.360	-.176	55	.861	-.61330	3.48591	-7.59922	6.37262
	No se han asumido varianzas iguales			-.176	54.988	.861	-.61330	3.48461	-7.59665	6.37005
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	.518	.475	1.184	55	.241	1.526	1.289	-1.057	4.108
	No se han asumido varianzas iguales			1.178	49.901	.244	1.526	1.295	-1.076	4.127
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	31.999	.000	-2.182	55	.033	-1.617	.741	-3.102	-.132
	No se han asumido varianzas iguales			-2.212	35.171	.034	-1.617	.731	-3.101	-.133
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	1.085	.302	-.139	55	.890	-.124	.894	-1.916	1.667
	No se han asumido varianzas iguales			-.140	54.214	.890	-.124	.891	-1.911	1.662
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	1.423	.238	-.962	55	.340	-.72167	.74991	-2.22452	.78117
	No se han asumido varianzas iguales			-.964	54.872	.339	-.72167	.74879	-2.22235	.77900
JVQTes	Se han asumido varianzas iguales	.422	.519	.325	55	.747	.324	.998	-1.676	2.324
	No se han asumido varianzas iguales			.324	53.506	.747	.324	1.000	-1.682	2.330

p ≤ .05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por edad

En la Tabla 20 se presentan las puntuaciones medias del JVQ total y sus módulos para el último año, según la variable edad de los participantes del grupo forense. De su análisis comprobamos que tanto en el total del JVQ como en sus módulos, los participantes con edades entre 12 y 14 años presentaron puntuaciones medias superiores, en comparación con los adolescentes entre 15 y 17 años de edad.

Tabla 20. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato último año según la variable edad

JVQ formato último año	Grupo de edades	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	12-14	28	15.1786	13.77344	2.60294
	15-17	29	11.9310	12.32573	2.28883
JVQCC	12-14	28	4.89	4.565	.863
	15-17	29	4.07	5.216	.969
JVQMT	12-14	28	2.04	3.133	.592
	15-17	29	1.83	2.687	.499
JVQP	12-14	28	3.07	3.780	.714
	15-17	29	1.86	2.800	.520
JVQVS	12-14	28	1.5714	2.99912	.56678
	15-17	29	1.3103	2.70057	.50148
JVQTest	12-14	28	3.61	3.745	.708
	15-17	29	2.86	3.758	.698

Si analizamos la Tabla 21, donde se presentan los estadísticos resultantes de la aplicación de la prueba t de Student, verificamos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes del grupo forense, en lo que respecta a la experiencia de victimizaciones cuando se analiza la variable edad.

Tabla 21. Prueba de muestras independientes para la variable edad

JVQ formato último año		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		Z	Sig.	t	Df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza Inferior Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	2.799	.100	.939	55	.352	3.24754	3.45928	-3.68502 10.18010
	No se han asumido varianzas iguales			.937	53.851	.353	3.24754	3.46612	-3.70207 10.19714
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	.048	.828	.634	55	.529	.824	1.300	-1.782 3.430
	No se han asumido varianzas iguales			.635	54.486	.528	.824	1.297	-1.776 3.424
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	.308	.581	.270	55	.789	.208	.772	-1.339 1.755
	No se han asumido varianzas iguales			.269	53.130	.789	.208	.774	-1.345 1.761
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	5.862	.019	1.376	55	.174	1.209	.879	-.552 2.971
	No se han asumido varianzas iguales			1.369	49.721	.177	1.209	.884	-.566 2.984
JVQ VS	Se han asumido varianzas iguales	.419	.520	.346	55	.731	.26108	.75538	-1.25272 1.77489
	No se han asumido varianzas iguales			.345	53.943	.731	.26108	.75679	-1.25622 1.77839
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	.605	.440	.750	55	.457	.745	.994	-1.247 2.737
	No se han asumido varianzas iguales			.750	54.943	.457	.745	.994	-1.247 2.737

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por grupo

En la Tabla 22 pueden observarse datos descriptivos referentes a cada uno de los grupos de participantes del estudio (normativo o forense) y la media de victimización que han sufrido en el último año, ya sea para el total de JVQ o en cada uno de los módulos. De su análisis comprobamos que tanto en el total del JVQ (4.46 vs 13.52) como en cada uno de los módulos, el grupo forense presenta siempre medias de victimización superiores frente al grupo normativo (JVQCC = 1.16 vs 4.47; JVQMT = .65 vs 1.93; JVQVP = 1.01 vs 2.46; JVQVit Sex = .43 vs 1.43; JVQTest = 1.22 vs 3.23).

Tabla 22. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año según la variable grupo de pertenencia

JVQ formato último año	Grupos normativo o forense	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	Normativo	606	4.4653	6.759	.27458
	Forense	57	13.5263	13.042	1.72754
JVQCC	Normativo	606	1.16	2.288	.093
	Forense	57	4.47	4.881	.647
JVQMT	Normativo	606	.65	1.558	.063
	Forense	57	1.93	2.890	.383
JVQVP	Normativo	606	1.01	2.148	.087
	Forense	57	2.46	3.344	.443
JVQVS	Normativo	606	.4307	1.46394	.05947
	Forense	57	1.4386	2.82854	.37465
JVQTest	Normativo	606	1.22	2.528	.103
	Forense	57	3.23	3.737	.495

Tras aplicar la prueba t de Student, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (normativo y forense) en lo que respecta a la ocurrencia de victimizaciones en el último año. Existieron diferencias

significativas entre los dos grupos en todos los módulos del JVQ así bien, en el total del cuestionario, con los participantes del grupo forense a afirmaren haber vivido mayor número de experiencias de victimización, comparativamente con el grupo normativo véase la Tabla 23.

Para el cálculo del tamaño del efecto, y tras aplicarse la prueba ANOVA, se verificó que en el caso de la variable grupo de pertenencia la influencia fue pequeña para la mayor parte de las variables, caso de la victimización por pares y hermanos y la victimización sexual, ambas con un valor ($\eta^2_p = .032$), o el testimonio o exposición a la violencia ($\eta^2_p = .042$) y la victimización por parte del cuidador ($\eta^2_p = .047$). Solamente para las variables victimización total ($\eta^2_p = .103$) y crimen convencional ($\eta^2_p = .119$), el efecto de la variable grupo fue mediano.

Tabla 23. Prueba de muestras independientes para la variable grupo de pertenencia

JVQ formato último año		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba-t para la igualdad de las medias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la deferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	69.562	.000	-8.722	661	.000	-9.06097	1.03890	-11.10091	-7.02103
	No se han asumido varianzas iguales			-5.180	58.862	.000	-9.06097	1.74923	-12.56134	-5.56060
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	58.146	.000	-9.179	661	.000	-3.319	.362	-4.028	-2.609
	No se han asumido varianzas iguales			-5.081	58.337	.000	-3.319	.653	-4.626	-2.011
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	41.636	.000	-5.404	661	.000	-1.281	.237	-1.747	-.816
	No se han asumido varianzas iguales			-3.302	59.099	.002	-1.281	.388	-2.058	-.505
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	32.305	.000	-4.586	661	.000	-1.445	.315	-2.063	-.826
	No se han asumido varianzas iguales			-3.200	60.422	.002	-1.445	.451	-2.347	-.542
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	40.110	.000	-4.478	661	.000	-1.00790	.22508	-1.44986	-.56595
	No se han asumido varianzas iguales			-2.657	58.854	.010	-1.00790	.37934	-1.76700	-.24881
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	27.664	.000	-5.467	661	.000	-2.009	.367	-2.730	-1.287
	No se han asumido varianzas iguales			-3.973	60.914	.000	-2.009	.506	-3.019	-.998

$p \leq .05$

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

JVQ formato a lo largo de la vida

5.1.4. Consistencia interna

Con respecto al análisis de fiabilidad de del JVQ versión a lo largo de la vida, los resultados en general fueron mejores que en la versión en el último año. Así pues, el valor del *alpha* de Cronbach para el total del instrumento fue bueno ($\alpha = .85$), en cuanto para las sub-escalas, a pesar de superiores comparativamente con en formato en el último año, fue razonable para la sub-escala delitos comunes ($\alpha = .72$) y débil para las demás sub-escalas ($\alpha < .60$), victimización por parte del cuidador, victimización por parte de iguales y hermanos, victimización sexual y testimonio o exposición a la violencia, véase la Tabla 24.

Tabla 24. Valores de *alpha* para el JVQ total y sub-escalas formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Estadísticos de fiabilidad	
	<i>alpha</i> de Cronbach	N de elementos
JVQ Total	.85	34
Delitos comunes	.72	8
Victimización por parte cuidador	.53	4
Victimización por iguales y hermanos	.52	6
Victimización Sexual	.58	7
Testimonio o exposición violencia	.58	9

5.1.5. Validez de criterio

En seguida se presentan las correlaciones de Pearson entre el JVQ total formato a lo largo de la vida y sus módulos y la EADS-21 total y sus sub-escalas.

Con relación a las correlaciones del JVQ total y sus módulos, los resultados indican valores fuertes, caso del total del cuestionario con el módulo delitos comunes ($r = .838$), con excepción del módulo victimización sexual que fue moderada ($r = .622$). Ya en lo que toca a las correlaciones inter módulos, la más baja fue entre el módulo

victimización por delito común y victimización sexual ($r = .410$), así bien entre el módulo victimización sexual y victimización por parte del cuidador ($r = .416$). Todos los módulos presentan correlaciones más elevadas con el total del JVQ que intermódulos, véase la Tabla 25.

Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre el JVQ total y sub-escalas formato a lo largo de la vida

JVQ formato a lo largo de la vida	JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQPares	JVQVS	JVQVTest
JVQTotal	1	.838**	.737**	.787**	.622**	.821**
JVQCC	.838**	1	.492**	.561**	.410**	.538**
JVQMT	.737**	.492**	1	.498**	.413**	.565**
JVQP	.787**	.561**	.498**	1	.416**	.548**
JVQVS	.622**	.410**	.413**	.416**	1	.430**
JVQVT	.821**	.538**	.565**	.548**	.430**	1

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En lo que respecta a las correlaciones entre las dos pruebas, los valores encontrados indican correlaciones moderadas entre el JVQ total y el EADS-2 total y sub-escalas, con el valor mas alto entre el JVQ total y la sub-escala Depresión ($r = .552$), seguido del JVQ total y la sub-escala EADS total ($r = .547$). Las correlaciones más débiles fueron encontradas entre el módulo victimización sexual y la EADS-21total y sus sub-escalas, con el valor más bajo con la sub-escala ansiedad, véase la Tabla 26.

Tabla 26. Correlaciones de Pearson entre el JVQ formato a lo largo de la vida y la EADS-21

JVQ formato a lo largo de la vida	EADSTotal	EADS Ansiedad	EADS Depresión	EADS Estrés
JVQTotal	.547**	.494**	.494**	.552**
JVQCC	.380**	.354**	.354**	.374**
JVQMT	.486**	.420**	.420**	.519**
JVQP	.401**	.349**	.349**	.399**
JVQVS	.324**	.295**	.295**	.346**
JVQVT	.403**	.369**	.369**	.420**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En la Tabla 27 se puede verificar que el JVQ total formato a lo largo de la vida y el módulo crimen convencional explican 31.7% de la variable encontrada ($R^2 = .317$). De estas variables, la que aumenta considerablemente el poder predictivo del modelo, es la variable victimización total, ya que aumenta en el poder explicativo en 30% ($R^2 = .300$).

Tabla 27. Modelo de regresión lineal de la EADS total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
1	.547 ^a	.300	.298	8.724
2	.563 ^b	.317	.314	8.625

a. Predictores: (Constante), JVQ Total vida

b. Predictores: (Constante), JVQ Total vida, JVQ CC vida

En la Tabla 28 se puede apreciar que la variable victimización total ($t = 11.021$; $p < .05$) y victimización por crimen común ($t = -3.575$; $p < .05$) contribuyen de manera significativa para el modelo, siendo que la victimización total presenta un peso predictivo mayor para la sintomatología total (EADS total) ($\beta = .754$) que la victimización por delito común ($\beta = -.244$).

Tabla 28. Parámetros del modelo de regresión lineal para el EADS total

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
	B	Error típico	Beta	t		Inferior	Superior
(Constante)	5.524	.466		11.853	.000	4.608	6.440
1 JVQTotal	.453	.031	.547	14.730	.000	.392	.513
(Constante)	5.689	.463		12.287	.000	4.780	6.599
JVQTotal	.623	.057	.754	11.021	.000	.512	.734
2 JVQCC	-.559	.156	-.244	-3.575	.000	-.866	-.252

a. Variable Dependiente: EADS Total

Con respecto a la ansiedad, y del análisis de la Tabla 29, verificamos que 20% ($R^2 = .200$) de la variabilidad del modelo es explicada por las variables victimización total (JVQ total) y victimización por crimen convencional (JVQCC), siendo que la variable victimización total, explica 19.2% ($R^2 = .192$) del poder explicativo del modelo.

Tabla 29. Modelo de regresión lineal para la sub-escala ansiedad

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típico de la estimación
1	.438 ^a	.192	.190	2.862
2	.447 ^b	.200	.196	2.851

Modelo 1: (Constante), JVQ Total

Modelo 2: (Constante), JVQ Total, JVQ CC

En la Tabla 30 se puede comprobar que la victimización total ($t = 7.966$; $p < .05$) y la victimización por parte del cuidador ($t = -2.252$; $p < .05$), durante el último año, contribuyen de manera significativa al modelo, en que la variable victimización total presenta un peso predictivo mayor ($\beta = .574$) que la variable malos tratos por parte del cuidador ($\beta = -.162$).

Tabla 30. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala ansiedad

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
	B	Error Típico	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
(Constante)	1.307	.151		8.672	.000	1.011	1.603
1 JVQTotal	.112	.010	.438	11.139	.000	.092	.131
(Constante)	1.342	.151		8.891	.000	1.045	1.638
JVQTotal	.146	.018	.574	7.966	.000	.110	.182
2 JVQCC	-.113	.050	-.162	-2.252	.025	-.212	-.014

a. Variable Dependiente: EADS Ansiedad

En la Tabla 31 se constata que la variable depresión sería mejor explicada por las variables victimización total, victimización por parte del cuidador y victimización crimen convencional, con una variabilidad de 34% ($R^2 = .340$), siendo que la variable victimización total, por sí sola, es responsable por 30.5% de la varianza ($R^2 = .305$).

Tabla 31. Modelo de regresión lineal para la sub-escala depresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típico de la estimación
1	.552 ^a	.305	.304	3.316
2	.574 ^b	.330	.327	3.260
3	.583 ^c	.340	.336	3.237

Modelo 1: (Constante), JVQ Total

Modelo 2: (Constante), JVQ Total, JVQ MT

c. Preditores: (Constante), JVQ Total, JVQ MT, JVQ CC

En la Tabla 32 se comprueba que la victimización total ($t = 6.581$; $p < .05$), la victimización por parte del cuidador ($t = 3.161$; $p < .05$) y la victimización sexual ($t = -2.889$; $p < .05$) contribuyen de manera significativa al modelo, en que la variable victimización total presenta un peso predictivo mayor ($\beta = .591$), comparativamente a la

variable malos tratos por parte del cuidador ($\beta = .178$) y victimización por delito común ($\beta = -.202$).

Tabla 32. Parámetros del modelo de regresión lineal sub-escala depresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	Intervalo de confianza 95% para B	
		B	Error Típico	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
	(Constante)	1.736	.176		9.855	.000	1.390	2.083
1	JVQTotal	.174	.012	.552	15.051	.000	.151	.196
	(Constante)	1.780	.174		10.258	.000	1.439	2.121
	JVQTotal	.120	.017	.381	7.144	.000	.087	.153
2	JVQMT	.380	.088	.232	4.342	.000	.208	.552
	(Constante)	1.825	.173		10.550	.000	1.485	2.165
	JVQTotal	.186	.028	.591	6.581	.000	.130	.241
	JVQMT	.291	.092	.178	3.161	.002	.110	.472
3	JVQCC	-.175	.061	-.202	-2.889	.004	-.295	-.056

a. Variable Dependiente: EADS Depresión

En la Tabla 33 se observa que 25.5% ($R^2 = .255$) de la variable estrés es explicada por las variables victimización total y victimización por delito común. De estas, la que explica prácticamente toda la variabilidad es la victimización total 24.5% ($R^2 = .244$).

Tabla 33. Modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típico de la estimación
1	.494 ^a	.244	.243	3.507
2	.505 ^b	.255	.252	3.486

Modelo 1: (Constante), JVQ Total

Modelo 2: (Constante), JVQ Total, JVQ CC

Las tres variables mencionadas contribuyen de manera significativa para el modelo, así pues la victimización total ($t = 9.345$; $p < .05$) y victimización por delito común ($t = -2.699$; $p < .05$) ya que presentan un peso predictivo $\beta = .653$ y $\beta = -.188$, véase la Tabla 34.

Tabla 34. Parámetros del modelo de regresión lineal para la sub-escala estrés

		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Intervalo de confianza 95% para B		
Modelo		B	Error Típico	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2.307	.185		12.473	.000	1.944	2.670
	JVQTotal	.158	.012	.494	12.986	.000	.134	.182
	(Constante)	2.361	.185		12.766	.000	1.998	2.724
2	JVQTotal	.209	.022	.653	9.345	.000	.165	.253
	JVQCC	-.167	.062	-.188	-2.699	.007	-.289	-.046

a. Variable Dependiente: EADS Estrés

5.1.6. Validez discriminante

Diferencias por género en el JVQ - formato a lo largo de la vida - grupo normativo

La Tabla 35 presenta los estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos, formato a lo largo de la vida, para el grupo normativo según la variable género. Las puntuaciones más elevadas fueron encontradas en el total del cuestionario y para los adolescentes del género masculino ($M = 8.98$; $M = 8.10$). Sin embargo, se señala el hecho de el número de participantes del género masculino ser inferior ($n = 242$), comparativamente a las participantes del género femenino ($n = 287$), lo que puede significar que, a pesar de en menor número, las victimizaciones sufridas por los adolescentes masculinos son más graves, con puntuaciones medias superiores.

También en los módulos crimen convencional ($M = 3.33$ vs $M = 2.54$), victimización por parte de pares o hermanos ($M = 1.90$ vs $M = 1.35$) y testimonio a la violencia ($M = 2.14$ vs 1.99), los adolescentes del género masculino, comparativamente a los del género femenino, presentaron puntuaciones medias superiores. Por otro lado, las chicas presentaron medias superiores en los módulos malos tratos por parte del cuidador (malos tratos) ($M = .85$ vs $M = 1.28$) y victimización sexual ($M = .54$ vs $M = .65$), comparativamente a los chicos.

Tabla 35. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable género

JVQ formato a lo largo de la vida	Género masculino o femenino	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	Hombre	242	8.98	13.191	.848
	Mujer	287	8.10	11.984	.707
JVQCC	Hombre	242	3.34	4.948	.318
	Mujer	287	2.54	4.162	.246
JVQMT	Hombre	242	.85	2.060	.132
	Mujer	287	1.28	2.647	.156
JVQVP	Hombre	242	1.90	3.409	.219
	Mujer	287	1.35	2.639	.156
JVQVS	Hombre	242	.54	2.067	.133
	Mujer	287	.63	1.678	.099
JVQTest	Hombre	242	2.14	3.432	.221
	Mujer	287	1.99	3.788	.224

La prueba t de Student informa que hay diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes del género masculino y femenino, en cuanto a la ocurrencia de crímenes comunes ($t_{527} = 2.008$; $p < .05$), así como en el módulo victimización por parte del cuidador (malos tratos) ($t_{527} = -2.028$; $p < .05$) y victimización por pares o

hermanos ($t_{527} = 2101$). En los demás módulos y total del JVQ no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, véase la Tabla 36.

Con respecto al tamaño del efecto de la variable género y victimización, tras calcularse el eta cuadrado parcial, se concluye que en ninguna de las formas de victimización estudiadas el tamaño del efecto es significativo.

Tabla 36. Prueba de muestras independientes para la variable género

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
JVQ formato a lo largo de la vida		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia Inferior Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	.002	.965	.795	527	.427	.871	1.095	-1.281 3.022
	No se han asumido varianzas iguales			.788	492.263	.431	.871	1.104	-1.299 3.040
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	2.236	.135	2.008	527	.045	.795	.396	.017 1.573
	No se han asumido varianzas iguales			1.979	472.625	.048	.795	.402	.006 1.585
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	11.149	.001	-2.028	527	.043	-.424	.209	-.835 -.013
	No se han asumido varianzas iguales			-2.070	523.754	.039	-.424	.205	-.826 -.022
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	8.843	.003	2.101	527	.036	.553	.263	.036 1.070
	No se han asumido varianzas iguales			2.057	449.373	.040	.553	.269	.025 1.081
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	.159	.691	-.553	527	.581	-.090	.163	-.410 .230
	No se han asumido varianzas iguales			-.543	462.734	.587	-.090	.166	-.416 .236
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	.012	.912	.452	527	.651	.143	.317	-.479 .766
	No se han asumido varianzas iguales			.456	524.268	.648	.143	.314	-.474 .760

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por edad

Del análisis de la Tabla 37, donde se encontraron representados los estadísticos descriptivos para el JVQ, formato a lo largo de la vida según la variable edad, se verifica que los adolescentes con edad entre los 15 y 17 años presentan puntuaciones medias superiores en el total del cuestionario, así como en todos los módulos, frente a los más jóvenes (12-14). Se destaca la diferencia de medias más elevada identificada en el JVQ total, en que los jóvenes entre los 15 y 17 años presentaron una puntuación media de 13.44 frente a 5.76 para los jóvenes entre los 12 y 14 años. A pesar de considerable la diferencia de sujetos entre los dos grupos ($n = 340$ vs $n = 189$) la puntuación media de este grupo en total del cuestionario es más del doble.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable edad

JVQ a lo largo de la vida	Grupos de edades	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	12-14	340	5.76	8.202	.445
	15-17	189	13.44	16.809	1.223
JVQCC	12-14	340	2.24	3.504	.190
	15-17	189	4.11	5.814	.423
JVQMT	12-14	340	.62	1.645	.089
	15-17	189	1.90	3.206	.233
JVQP	12-14	340	1.25	2.417	.131
	15-17	189	2.24	3.813	.277
JVQVS	12-14	340	.22	.876	.047
	15-17	189	1.25	2.775	.202
JVQTest	12-14	340	1.34	2.657	.144
	15-17	189	3.36	4.643	.338

La prueba t de Student para el JVQ formato a lo largo de la vida, según la variable edad, informa que existen diferencias estadísticamente significativas, sea en el total del cuestionario sea en sus módulos. Los adolescentes con edad entre los 15 y 17 años difieren de los adolescentes entre los 12 y 14 años, en lo que toca a las experiencias de victimización vividas, véase la Tabla 38.

Con respecto al tamaño del efecto de la variable edad y su influencia en las variables de victimización, se verifica un efecto pequeño para la victimización por delitos comunes ($\eta^2_p = .040$) así como para la victimización por pares y hermanos ($\eta^2_p = .023$). En las restantes formas de victimización analizadas, a saber, malos tratos por parte del cuidador ($\eta^2_p = .067$), victimización sexual ($\eta^2_p = .062$), testimonio o exposición a la violencia ($\eta^2_p = .064$) así bien para el total de las victimizaciones ($\eta^2_p = .078$), el tamaño del efecto de la edad es mediano.

Tabla 38. Prueba de muestras independientes para la variable edad

JVQ a lo largo de la vida		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	69.796	.000	-7.060	527	.000	-7.689	1.089	-9.828	-5.549
	No se han asumido varianzas iguales			-5.909	238.735	.000	-7.689	1.301	-10.252	-5.125
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	27.524	.000	-4.601	527	.000	-1.865	.405	-2.661	-1.068
	No se han asumido varianzas iguales			-4.022	265.591	.000	-1.865	.464	-2.777	-.952
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	91.560	.000	-6.072	527	.000	-1.281	.211	-1.696	-.867
	No se han asumido varianzas iguales			-5.131	244.184	.000	-1.281	.250	-1.773	-.789
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	20.774	.000	-3.661	527	.000	-.993	.271	-1.526	-.460
	No se han asumido varianzas iguales			-3.239	273.775	.001	-.993	.307	-1.597	-.390
JVQV	Se han asumido varianzas iguales	123.597	.000	-6.314	527	.000	-1.031	.163	-1.352	-.710
	No se han asumido varianzas iguales			-4.973	209.035	.000	-1.031	.207	-1.440	-.622
JVQVT	Se han asumido varianzas iguales	69.796	.000	-7.060	527	.000	-7.689	1.089	-9.828	-5.549
	No se han asumido varianzas iguales			-5.909	238.735	.000	-7.689	1.301	-10.252	-5.125

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por género en el JVQ – formato a lo largo de la vida - grupo forense

En la Tabla 39 se presentan los estadísticos descriptivos para el total del JVQ y respectivos módulos, formato a lo largo de la vida, de acuerdo con la variable género. Las puntuaciones medias son superiores para el grupo de los chicos, sea en el total del JVQ ($M = 26.04$ vs $M = 20.63$), sea en los módulos delitos comunes ($M = 11.50$ vs $M = 6.40$) o testimonio o exposición a la violencia ($M = 6.38$ vs $M = 3.87$). En los restantes, las medias son siempre superiores para el grupo de las chicas, caso del módulo victimización por parte del cuidador ($M = 2.15$ vs $M = 4.13$) y victimización sexual ($M = 1.65$; $M = 1.83$).

Tabla 39. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato a lo largo de la vida según la variable género

JVQ formato a lo largo de la vida	Grupo masculino o femenino	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	Hombre	26	26.04	19.161	3.758
	Mujer	30	20.63	22.238	4.060
JVQCC	Hombre	26	11.50	7.794	1.528
	Mujer	30	6.40	8.165	1.491
JVQMT	Hombre	26	2.15	2.203	.432
	Mujer	30	4.13	5.544	1.012
JVQP	Hombre	26	3.77	4.633	.909
	Mujer	30	3.70	4.893	.893
JVQS	Hombre	26	1.65	3.588	.704
	Mujer	30	1.83	3.582	.654
JVQTest	Hombre	26	6.38	6.014	1.179
	Mujer	30	3.87	4.200	.767

Del análisis de la Tabla 40 verificamos que, en lo que respecta a la variable género, existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos solamente en el módulo delitos comunes ($t_{54} = -2.381$; $p < .05$). En lo que respecta al tamaño del efecto entre la variable género y victimización por parte del cuidador y tras calcularse el eta cuadrado parcial, el valor encontrado indica un efecto mediano ($\eta^2_p = .067$).

Tabla 40. Prueba de muestras independientes para la variable género

JVQ formato a lo largo de la vida		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza	
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	.482	.490	.967	54	.338	5.405	5.592	-5.806	16.616
	No se han asumido varianzas iguales			.977	53.999	.333	5.405	5.532	-5.686	16.497
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	.009	.923	2.381	54	.021	5.100	2.142	.805	9.395
	No se han asumido varianzas iguales			2.389	53.472	.020	5.100	2.135	.819	9.381
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	18.760	.000	-1.706	54	.094	-1.979	1.160	-4.306	.347
	No se han asumido varianzas iguales			-1.798	39.030	.080	-1.979	1.101	-4.206	.247
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	.395	.532	.054	54	.957	.069	1.279	-2.496	2.634
	No se han asumido varianzas iguales			.054	53.554	.957	.069	1.274	-2.486	2.624
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	.106	.746	-.187	54	.852	-.179	.961	-2.105	1.746
	No se han asumido varianzas iguales			-.187	52.850	.853	-.179	.961	-2.107	1.748
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	2.820	.099	1.835	54	.072	2.518	1.372	-.233	5.268
	No se han asumido varianzas iguales			1.790	43.846	.080	2.518	1.407	-.317	5.353

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por edad

Según se observa en la Tabla 41, el grupo de edad de 12-14 años presenta puntuaciones medias superiores en el JVQ total ($M = 15.17$ vs $M = 11.93$) así como en todos los módulos, destacándose el módulo victimización por pares y hermanos, donde la diferencia de puntuaciones medias es superior ($M = 3.07$ vs $M = 1.86$).

Tabla 41. Estadísticos descriptivos para el JVQ formato a lo largo de la vida según la variable edad

JVQ formato a lo largo de la vida	Grupos de edad	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	12-14	28	15.1786	13.77344	2.60294
	15-17	29	11.9310	12.32573	2.28883
JVQCC	12-14	28	4.89	4.565	.863
	15-17	29	4.07	5.216	.969
JVQMT	12-14	28	2.04	3.133	.592
	15-17	29	1.83	2.687	.499
JVQP	12-14	28	3.07	3.780	.714
	15-17	29	1.86	2.800	.520
JVQVS	12-14	28	1.5714	2.99912	.56678
	15-17	29	1.3103	2.70057	.50148
JVQTest	12-14	28	3.61	3.745	.708
	15-17	29	2.86	3.758	.698

Del análisis de la Tabla 42 verificamos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes del grupo forense, en lo que respecta a la experiencia de victimizaciones, si se tiene en línea de cuenta la variable edad.

Tabla 42. Prueba de muestras independientes para la variable edad

JVQ formato a lo largo de la vida		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la deferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	2.799	.100	.939	55	.352	3.24754	3.45928	-3.68502	10.18010
	No se han asumido varianzas iguales			.937	53.851	.353	3.24754	3.46612	-3.70207	10.19714
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	.048	.828	.634	55	.529	.824	1.300	-1.782	3.430
	No se han asumido varianzas iguales			.635	54.486	.528	.824	1.297	-1.776	3.424
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	.308	.581	.270	55	.789	.208	.772	-1.339	1.755
	No se han asumido varianzas iguales			.269	53.130	.789	.208	.774	-1.345	1.761
JVQP	Se han asumido varianzas iguales	5.862	.019	1.376	55	.174	1.209	.879	-.552	2.971
	No se han asumido varianzas iguales			1.369	49.721	.177	1.209	.884	-.566	2.984
JVQS	Se han asumido varianzas iguales	.419	.520	.346	55	.731	.26108	.75538	-1.25272	1.77489
	No se han asumido varianzas iguales			.345	53.943	.731	.26108	.75679	-1.25622	1.77839
JVQTest	Se han asumido varianzas iguales	.605	.440	.750	55	.457	.745	.994	-1.247	2.737
	No se han asumido varianzas iguales			.750	54.943	.457	.745	.994	-1.247	2.737

$p \leq .05$

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil total; JVQ CC: crimen convencional; JVQ MT: malos tratos; JVQ Vpares: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

Diferencias por grupo

De acuerdo con la Tabla 43 es posible comprobar que el grupo forense presenta puntuaciones más elevadas que el grupo normativo en todos los módulos del JVQ, así como en el total del cuestionario a lo largo de la vida. La puntuación media más elevada fue para el total del cuestionario en que el grupo forense manifestó valores más altos (8.50 vs 23.14). Con respecto a los módulos del cuestionario, verificamos que el módulo crimen convencional es el que presenta la puntuación más alta (2.91 vs 8.77), siguiéndose el módulo testimonio o exposición a violencia (2.06 vs 5.04), victimización entre pares y hermanos (1.60 vs 3.73) y malos tratos (1.08 vs 3.21) y victimización sexual (.59 vs 1.75).

Tabla 43. Estadísticos descriptivos del JVQ formato a lo largo de la vida según la variable grupo de pertenencia

JVQ a lo largo de la vida	Grupo normativo o forense	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
JVQTotal	Normativo	529	8.50	12.546	.545
	Forense	56	23.14	20.857	2.787
JVQCC	Normativo	529	2.91	4.552	.198
	Forense	56	8.77	8.327	1.113
JVQMT	Normativo	529	1.08	2.403	.104
	Forense	56	3.21	4.405	.589
JVQP	Normativo	529	1.60	3.025	.132
	Forense	56	3.73	4.731	.632
JVQVS	Normativo	529	.59	1.865	.081
	Forense	56	1.75	3.553	.475
JVQVT	Normativo	529	2.06	3.627	.158
	Forense	56	5.04	5.229	.699

En la Tabla 44 comprobamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, sea en el total del JVQ ($t_{583} = -7.689$; $p < .05$), sea en los módulos. Los adolescentes del grupo forense han vivido más experiencias de victimización a lo largo de la vida que los adolescentes del grupo normativo.

A respecto al tamaño del efecto de la variable grupo de pertenencia y su influencia en la victimización de los adolescentes, comprobamos tras el cálculo del eta cuadrado parcial que para la victimización por pares y hermanos ($\eta^2_p = .039$), sexual ($\eta^2_p = .021$) y testimonio o exposición a la violencia ($\eta^2_p = .047$) el efecto es pequeño. Cuanto a la victimización por delitos comunes ($\eta^2_p = .107$), por parte del cuidador ($\eta^2_p = .056$) y para el total de las victimizaciones a lo largo de la vida, el tamaño del efecto es mediano. Así, el origen de procedencia del adolescente es un factor que influye de manera mediana en las victimizaciones vividas durante toda su vida.

Tabla 44. Prueba de muestras independientes para la variable grupo de pertenencia

JVQ formato a lo largo de la vida		Prueba de Levene para la igualdad de varianza		Prueba T para la igualdad de medias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
JVQTotal	Se han asumido varianzas iguales	44.454	.000	-7.689	583	.000	-14.640	1.904	-18.380	-10.900
	No se han asumido varianzas iguales			-5.155	59.285	.000	-14.640	2.840	-20.322	-8.958
JVQCC	Se han asumido varianzas iguales	60.828	.000	-8.290	583	.000	-5.860	.707	-7.249	-4.472
	No se han asumido varianzas iguales			-5.185	58.528	.000	-5.860	1.130	-8.122	-3.598
JVQMT	Se han asumido varianzas iguales	41.935	.000	-5.712	583	.000	-2.133	.373	-2.866	-1.400
	No se han asumido varianzas iguales			-3.567	58.514	.001	-2.133	.598	-3.330	-.936
JVQVP	Se han asumido varianzas iguales	26.875	.000	-4.694	583	.000	-2.127	.453	-3.017	-1.237
	No se han asumido varianzas iguales			-3.294	59.853	.002	-2.127	.646	-3.419	-.836
JVQVS	Se han asumido varianzas iguales	30.317	.000	-3.976	583	.000	-1.164	.293	-1.739	-.589
	No se han asumido varianzas iguales			-2.416	58.249	.019	-1.164	.482	-2.128	-.200
JVQVT	Se han asumido varianzas iguales	17.811	.000	-5.565	583	.000	-2.977	.535	-4.028	-1.926
	No se han asumido varianzas iguales			-4.156	60.728	.000	-2.977	.716	-4.410	-1.545

p≤.05

Nota: JVQ Total: Cuestionario de Victimización Juvenil Total; JVQ CC: crimen convencional; JVQMT: malos tratos; JVQVP: Victimización entre pares y hermanos; JVQ VS: Victimización sexual; JVQ Test: Testimonio o exposición a violencia.

5.2. Estudio Psicométrico de la Child and Youth Resilience Measure – 28 (CYRM-28)

Con el objetivo validar la CYRM-28 para la población comunitaria portuguesa se inició el estudio psicométrico del instrumento, analizando su estructura factorial a través del análisis factorial confirmatorio (AFC), siguiendo los procedimientos propuestos por Liebenberg e colaboradores (2012) en el estudio de validación del instrumento para la población canadiense.

Para el efecto se utilizó el programa SPSS AMOS (*Analysis of Moment Structures*) versión 7.0. Mediante el método de componentes principales se comprobó la bondad del ajuste y robustez del modelo, y se contrastó una estructura factorial compuesta por tres factores, tal y como se estructura la escala en el estudio original (RRC, 2009).

En la Tabla 45 se presentan los parámetros estimados no estandarizados, coeficiente de regresión, error típico y nivel de significancia, que permiten evaluar la contribución individual de cada una de las variables para el modelo en causa. De su análisis verificamos que los coeficientes de regresión de distintos ítems son bajos, en su mayoría inferiores a 0.5, lo que indica una débil relación entre el ítem y el respectivo factor, véase a título de ejemplo el caso del ítem 25 ($\beta = 0.1495$), o el ítem 18 ($\beta = -0.1992$) que incluso es negativo, lo que significa que se asocia de forma negativa con el factor 3.

Tabla 45. Coeficiente de regresión, errores típicos y nivel de significación para cada ítem

CYRM-28	Sub-escalas	Coeficiente de regresión (β)	Error típico	P
Ítem 1	f1	0.3820	0.04227	***
Ítem 2	f1	0.2773	0.04309	***
Ítem 3	f1	0.5380	0.04055	***
Ítem 4	f1	0.3249	0.04227	***
Ítem 5	f1	0.3238	0.4276	***
Ítem 6	f1	0.6704	0.03866	***
Ítem 7	f1	0.6543	0.03890	***
Ítem 8	f1	0.2634	0.04317	***
Ítem 9	f1	0.5216	0.04076	***
Ítem 10	f1	0.4093	0.04201	***
Ítem 11	f1	0.4039	0.04207	***
Ítem 12	f2	0.4210	0.04353	***
Ítem 13	f2	0.4955	0.04276	***
Ítem 14	f2	0.3628	0.04404	***
Ítem 15	f2	0.4963	0.04276	***
Ítem 16	f2	0.5549	0.04209	***
Ítem 17	f2	0.5797	0.04180	***
Ítem 18	f2	0.5014	0.04270	***
Ítem 19	f3	-0.1992	0.04397	***
Ítem 20	f3	0.3194	0.04334	***
Ítem 21	f3	0.2432	0.04377	***
Ítem 22	f3	0.3377	0.04322	***
Ítem 23	f3	0.5224	0.04177	***
Ítem 24	f3	0.5014	0.04190	***
Ítem 25	f3	0.1495	0.04415	***
Ítem 26	f3	0.4242	0.04257	***
Ítem 27	f3	0.4093	0.04269	***
Ítem 28	f3	0.3055	0.04343	***

*** p < .001

La Tabla 46 presenta las correlaciones múltiples al cuadrado (R^2) de cada ítem, indicadoras de la proporción de variabilidad de las variables predictores (Byrne, 2006). Dichas correlaciones presentan, en la gran parte de los ítems, valores bajos, caso por ejemplo del ítem 1 que explica 3.9% ($R^2 = 0.0397$) de la varianza total, o del ítem 23 que explica 2.2% ($R^2 = 0.0224$).

Tabla 46. Coeficientes estandarizados para cada ítem de la CYRM-28

CYRM -28	Coeficiente de correlación (R ²)
CYRM28	0.0933
CYRM27	0.1675
CYRM19	0.0224
CYRM10	0.1140
CYRM1	0.0397
CYRM16	0.1140
CYRM3	0.1020
CYRM23	0.0224
CYRM22	0.1799
CYRM9	0.0591
CYRM26	0.2514
CYRM24	0.3361
CYRM17	0.3079
CYRM12	0.2463
CYRM6	0.2455
CYRM7	0.1316
CYRM5	0.2455
CYRM25	0.1631
CYRM20	0.1675
CYRM15	0.2721
CYRM4	0.0694
CYRM18	0.4282
CYRM14	0.4495
CYRM21	0.1045
CYRM13	0.1055
CYRM11	0.2895
CYRM8	0.0769
CYRM2	0.1459

La matriz de correlaciones entre cada uno de los ítems indica correlaciones débiles por debajo de 0.04, o nulas, incluso entre ítems del mismo factor y que teóricamente evalúan el mismo constructo, véase Anexo 5.

Todavía, y pese a que los resultados de los parámetros estandarizados y no estandarizados no indicasen buenos resultados, se procedió a estimar la bondad de ajuste del modelo. Para el efecto fueron seguidos los criterios de discrepancia y de ajuste de los autores del estudio original (Liebenberg et al., 2012), los cuales son coincidentes con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) y Byrne (2000). Además de estos, y dado que no hay un acuerdo sobre cuál de estos índices representa mejor la bondad de ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1999), se presenta una combinación de aquellos índices de bondad de ajuste más utilizados en la investigación.

Así pues, en lo que concierne a las primeras, recurrimos a la razón entre el chi cuadrado (X^2/df) y *degrees of freedom* (*df*) así como el *root mean square error of approximation* (RMSEA). Los índices de ajuste utilizados fueron el *comparative fit index* (CFI), el *adjusted GFI* (AGFI) y el *normed fit index* (NFI), valores de CFI >0.95, de RMSEA < 0.06 y de SRMR < 0.08, son indicativos de un buen ajuste del modelo a los datos. Habitualmente se considera que valores superiores a 0.90 en los estadísticos GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*) y NFI (*Normed Fit Index*) indican un buen ajuste del modelo, de la misma forma que valores por debajo de 0.05 en el estadístico RMR (*Root Mean Model*), reflejan un buen ajuste del modelo (Byrne, 2000). Así, en la Tabla 49 se recogen los diversos índices estadísticos sobre la adecuación del modelo.

Tabla 47. Criterios y valores de evaluación de la bondad de ajuste del modelo

Criterios y valores propuestos por: Hu y Bentler (1999), Byrne (2001) y utilizados en la presente investigación	Criterios y valores propuestos por: Liebenberg et al. (2012)
X^2/df - deberán situarse entre 2 y 5	
$TLI \geq .95$ y $SRMR \leq .09$	TLI
$CFI \geq .95$ y $SRMR \leq .09$	CFI
$SRMS \leq .09$ y $RMSEA \leq .06$	RMSEA
$GFI \geq .90$	
$AGFI \geq .90$	
$NFI \geq .90$	

Analizando los resultados obtenidos de la AFC, a luz de los criterios definidos para la tomada de decisión sobre la bondad de ajuste del modelo, constatamos que no hay un ajuste del modelo de tres factores a los datos. Los valores relativos a GFI, AGFI, NFI, TLI, CFI son todos inferiores a lo aceptable. Solamente el X^2/df es adecuado y el RMSEA aceptable, véase la Tabla 48.

Tabla 48. Índices de bondad de ajuste para el modelo de tres factores de la CYRM-28

Índices de evaluación de la bondad de ajuste del modelo							
Modelo	X^2/df	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
CYRM-28 Portugal	1.07	.863	.84	.623	.663	.861	.066

Nota: GFI, *Goodness of Fit Index*; AGFI, *Adjusted Goodness of Fit Index*; NFI, *Normed Fit Index*; TLI, *Tucker-Lewis Index*; CFI, *Comparative fit index*, RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*.

*

Frente a la inadecuación de la estructura de tres factores a las características de la muestra, se optó por conducir un análisis factorial exploratorio (AFE) para los datos de la muestra normativa.

5.2.1. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

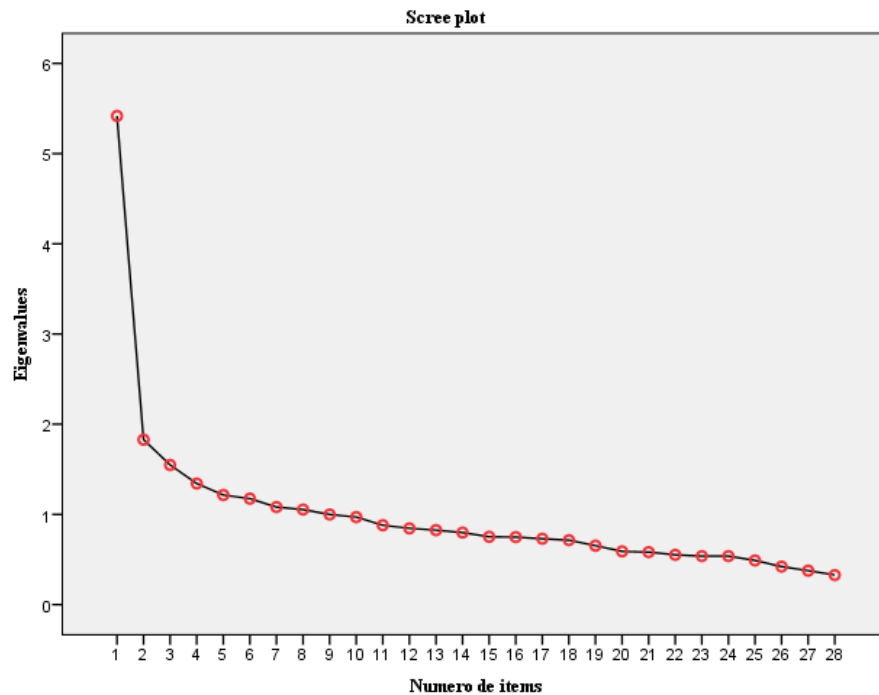
Así, y con el objetivo de evaluar la validez de constructo de la CYRM-28, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del método de componentes principales. Anticipadamente al análisis factorial de los ítems, se aplicó el test de esfericidad de Bartlett, lo cual tiene asociado un nivel de significación inferior a $p < 1.0$ y el Coeficiente *Kaiser Mayer Oblimin*. Los resultados revelan un valor de $KMO = .839$, de $X^2 = 3366.654$ $p < .001$, lo que demuestra la adecuación del método de análisis factorial para tratamiento de los datos. Se realizó un análisis factorial inicial, según el criterio de decisión de Guttman-Kaiser, con valores propios > 1 (*eigenvalue* > 1), obteniéndose ocho factores, responsables por 52.368% de la varianza acumulada. No obstante, la distribución de los ítems se ha mostrado bastante heterogénea, con saturaciones poco diferenciadas entre los factores, lo que demuestra una distribución poco coherente y satisfactoria de los ítems, sea de un punto de vista estadístico, como teórico, véase la Tabla 49.

Tabla 49. Matriz de componentes retenidos a partir del análisis de componentes principales seguido de rotación Oblimin

CYRM-28	Factores								
Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	h^2
CYRM14	.597								.662
CYRM18	.585								.686
CYRM17	.551								.556
CYRM15	.546								.527
CYRM11	.542								.433
CYRM24	.532								.541
CYRM16	.522								.505
CYRM19	.511								.468
CYRM26	.506								.549
CYRM6	.484								.559
CYRM12	.470								.495
CYRM23	.457								.391
CYRM20	.452								.383
CYRM25	.442								.536
CYRM27	.431								.543
CYRM2	.417								.441
CYRM5	.397								.528
CYRM10	.380								.412
CYRM3	.365								.510
CYRM22		.576							.735
CYRM9		.574							.717
CYRM28			.442						.434
CYRM21						.508			.538
CYRM8	.318								.428
CYRM1							.568		.611
CYRM13							-.401		.421
CYRM4							-.345		.537
CYRM7								.472	.516
Total Extraído	5.418	1.829	1.548	1.343	1.215	1.175	1.081	1.054	
% Varianza	19.349	6.532	5.529	4.796	4.341	4.197	3.862	3.763	
% Acumulada	19.349	25.881	31.410	36.206	40.547	44.744	48.606	52.368	

A partir de la observación del *screeplot* podemos comprobar la existencia de un factor principal y de siete factores con un *eigenvalue* < 1 pero próximo a este valor, véase el Grafico 3.

Grafico 3. *Screeplot*



Sin embargo, y de acuerdo con lo previsto teóricamente, así como según la opción de los autores originales, se realizó un nuevo análisis factorial para tres factores, como se presenta en la Tabla 50.

Tabla 50. Matriz de componentes retenidos a partir del análisis de componentes principales seguido de rotación Oblimin

CYRM-28	Componente			h ²
	1	2	3	
CYRM 1	-.221	.078	-.063	.059
CYRM 2	.417	.074	-.239	.236
CYRM 3	.365	.063	-.315	.236
CYRM 4	.323	.169	-.309	.228
CYRM 5	.397	.371	-.335	.407
CYRM 6	.484	.335	-.203	.387
CYRM 7	.375	.074	-.308	.241
CYRM 8	.318	.031	-.055	.105
CYRM 9	.262	.574	.440	.592
CYRM 10	.380	.169	-.013	.173
CYRM 11	.542	-.236	-.016	.349
CYRM 12	.470	.263	-.077	.296
CYRM 13	.396	.153	-.198	.220
CYRM 14	.597	-.423	.170	.565
CYRM 15	.546	-.139	-.097	.327
CYRM 16	.522	-.362	.186	.438
CYRM 17	.551	-.045	-.106	.317
CYRM 18	.585	-.447	.202	.583
CYRM 19	.511	-.225	.270	.384
CYRM 20	.452	-.128	.029	.222
CYRM 21	.398	-.047	.004	.161
CYRM 22	.150	.576	.539	.645
CYRM 23	.457	.260	.051	.280
CYRM 24	.532	.062	-.086	.294
CYRM 25	.442	.003	-.109	.207
CYRM 26	.506	-.025	.091	.265
CYRM 27	.431	.057	.299	.278
CYRM 28	.302	.116	.442	.300
Total Extraído	5.418	1.829	1.548	
% Varianza	19.349	6.532	5.529	
% Acumulada	19.349	25.881	31.410	

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Del análisis de la Tabla 51 podemos comprobar que, si forzamos la extracción a tres factores, 14 de ellos, o sea, mitad de los ítems del instrumento, satura en el componente uno, en cuanto los restantes 12 saturan el componente dos, y solamente tres en el componente tres. Constatamos, además, una distribución poco lógica de los ítems, en su mayoría fuera del factor de origen, caso de los ítems 5, 6, 12, 7, 17, 24, pertenecientes al factor 1, así como los ítems 3, 10, 23.

Tabla 51. Matriz de estructuras para tres factores

CYRM-28	Componente		
	1	2	3
CYRM 1	-.119	.240	-.073
CYRM 2	.476	-.265	.032
CYRM 3	.469	-.207	-.045
CYRM 4	.469	-.124	.011
CYRM 5	.610	-.090	.148
CYRM 6	.602	-.213	.246
CYRM 7	.477	-.212	-.031
CYRM 8	.291	-.245	.096
CYRM 9	.189	-.072	.759
CYRM 10	.368	-.246	.235
CYRM 11	.360	-.567	.034
CYRM 12	.503	-.265	.282
CYRM 13	.467	-.222	.103
CYRM 14	.248	-.745	.062
CYRM 15	.437	-.507	.041
CYRM 16	.201	-.657	.085
CYRM 17	.477	-.466	.096
CYRM 18	.215	-.754	.065
CYRM 19	.197	-.606	.225
CYRM 20	.303	-.453	.101
CYRM 21	.300	-.364	.115
CYRM 22	.051	.001	.788
CYRM 23	.429	-.287	.364
CYRM 24	.488	-.406	.171
CYRM 25	.408	-.351	.086
CYRM 26	.351	-.467	.228
CYRM 27	.217	-.417	.396
CYRM 28	.063	-.315	.484

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

Método de Rotación: Oblimin con Normalización de Kaiser.

Frente a estos resultados, se ha optado por eliminar ítems, según algunos criterios previamente definidos: a) ítems con correlaciones inferiores a .30 con los

restantes ítems; b) ítems sin coherencia teórica con los factores en que saturan; c) ítems con saturaciones inferiores a .30; c) ítems que saturan en dos factores con valores aproximados. Se eliminaron un total de 13 ítems, seis pertenecientes al factor individual (2, 4, 8, 13, 21, 25), dos al factor cuidador (7 y 16) y cinco al factor contextual (1, 3, 16, 19, 22).

5.2.2. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Así pues, se realizó un nuevo análisis factorial exploratorio para 15 ítems, a través del método de componentes principales, seguido de rotación Oblimin con normalización Kaiser. Se ha mantenido la estructura original del instrumento, forzando la extracción de los ítems a tres factores.

Los resultados encontrados indican una adecuada factorabilidad de la matriz de correlaciones, con un valor de KMO superior a .70 ($KMO = .822$), así como el test de esfericidad de Bartlett de 1576.535 $p < .001$, que es indicativo de que la muestra es adecuada a la prosecución del análisis factorial, con las intercorrelaciones de los ítems significativamente distintas de cero.

La solución tridimensional encontrada fue responsable por 42.6% de la varianza total explicada, en que el factor 1 explicó 24.8%, el factor 2, 9.76% y el factor 3, 8.05% de la varianza total. Los tres factores comprenden un total de cinco ítems cada, el primer designado individual (F1 - Individual), contiene los ítems que están relacionados con las características de la resiliencia inherentes al propio individuo. El factor 2, incluye los ítems que corresponden a los recursos relacionados con el cuidador (F2 - Cuidador) y por último, el factor 3, que comprende los ítems que privilegian el sentimiento de pertenencia. En lo que toca a las comunalidades, que corresponde a la proporción de varianza de cada variable explicada por los componentes extraídos (Marôco, 2014), de los 15 ítems que conforman la CYRM, los que presentan valores

más bajo son el 15 y el 10, respetivamente (.225; .267), en cuanto los ítems 11 y 17 presentan valores superiores a .65 (.670; .688), véase la Tabla 52.

Tabla 52. Factores de la escala CYRM-15, saturaciones factoriales y comunales (h^2) para cada ítem.

Ítems	Factores – CYRM – 15			h^2
	Individual	Cuidador	Contextual	
18. Crees que tus amigos se preocupan contigo en momentos difíciles (por ejemplo, cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?	-.855			.379
14. Te sientes apoyado por tus amigos?	-.837			.456
11. La gente cree que es buena compañía?	-.601			.688
15. Sabes dónde buscar ayuda?	-.450			.225
20. Tienes oportunidad de demostrar a otros que estas a tornar adulto y que consigues hacer cosas solo?	-.392			.416
5. Mis padres (cuidadores) me acompañan de cerca, saben a dónde estás y lo que haces la mayor parte de las veces?		.742		.497
6. Crees que tus padres (cuidadores) saben mucho a tu respecto (por ejemplo, quien son tus amigos, o que te gusta hacer)?		.630		.491
12. Hablas con tu familia sobre tus sentimientos (por ejemplo cuando estas dañado o triste)?		.552		.387
24. Te sientes seguro cuando estas con tu familia?		.543		.373
17. Crees que tu familia se preocupa contigo en momentos difíciles (por ejemplo cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?		.492		.670
28. Tienes orgullo en ser ciudadano de ? _____ (poner país)?			.777	.587
9. Creencias espirituales son una fonte de fuerza para ti (por ejemplo creer en Dios o en Alá)?			.562	.335
27. Te gusta como tu comunidad celebra sucesos (festivos, fiestas)?			.459	.319
10. Tienes orgullo en tus orígenes étnicos (por ejemplo sabes de donde proviene tu familia o conoces la historia de tu familia)?			.450	.267
23. Crees que es importante apoyar tu comunidad?			.344	.304
Eigenvalue (valor propio)	3.720	1.464	1.209	
% Varianza explicada	24.80%	9.76%	8.05%	
% Total explicada			42.61%	

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Como se ha expuesto anteriormente, desde un punto de vista teórico el concepto de resiliencia está formado por otros conceptos que permiten comprender de modo más global, esta realidad psicológica y que constituyen sub-escalas, así que se realizó el análisis factorial para cada una de las sub-escalas.

Estructura factorial del factor 1 – Individual

Para comprobar la adecuabilidad de la muestra para la realización del análisis factorial, se calculó el valor de KMO fue de .722, y por eso indica una buena factorabilidad de la matriz de correlaciones, así como el valor del test de esfericidad de Bartlett 615.149 $p < .000$.

Para identificar la estructura factorial del factor 1 Individual y una vez que los ítems que la constituyen en la versión original hacen parte de tres subfactores (competencias personales – ítem 18; soporte de pares ítems 14 y 11; competencias sociales ítems 15 y 20), empezamos por experimentar una solución factorial de 3 subfactores. No obstante, los ítems se han agrupado en apenas un subfactor, por lo que se apto por forzar a una solución de tres factores, pero los ítems continuaron a agrupar en dos, así que se optó por una solución de dos factores, que se ha apellidado de competencias sociales y de pares.

La varianza total explicada por dos factores fue de 64.901%, siendo el primer factor responsable por 46.373% de la varianza explicada. De los cinco ítems que hacen parte de la dimensión uno, tres de ellos (14, 18 y 20) presentan valores superiores a .70, en cuanto los demás (11 y 15) presentan valores más bajos (.472 y .555), véase la Tabla 53.

Tabla 53. Factor 1 - individual, saturaciones factoriales y comunales (h²) para cada ítem

Ítems	Factor 1 - Individuo		
	Comp. pers. y soporte	Comp. sociales	h ²
18. Crees que tus amigos se preocupan contigo en momentos difíciles (por ejemplo, cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?	.850		.734
14. Te sientes apoyado por tus amigos?	.849		.729
11. La gente cree que es buena compañía?	.692		.472
15. Sabes dónde buscar ayuda?		.902	.555
20. Tienes oportunidad de demostrar a otros que estas a tornar adulto y que consigues hacer cosas solo?		.670	.755
<i>Eigenvalue</i> (valor propio)	2.319	.926	
% Varianza explicada	46.373%	18.529%	
% Total explicada		64.901%	

Estructura factorial del factor 2 – Cuidador

Relativamente a la sub-escala cuidador (F2 - cuidador) y de cara a conocer su estructura factorial, se calculó el valor de KMO (.704) así como la prueba de esfericidad de Bartlett 401.245.

En un según momento se experimentó una solución factorial de dos factores, tal como se propone por los autores originales para explicar esta dimensión de la resiliencia. Así, se forzó la extracción de ítems a dos factores, con rotación *Oblimin* y normalización Kaiser, tal como propuesto en el estudio original. Los resultados encontrados se mostraron insatisfactorios, una vez que el según factor tenía solamente un ítem y, además, a través del método del *eigenvalue* mayor que uno, no se verificaba una vez que era inferior. Así, se decidió realizar un nuevo análisis factorial forzando los ítems a un factor y se obtuve una solución factorial satisfactoria. La varianza total explicada por un único factor fue de 42.223%, además de los cinco ítems que conforman la dimensión dos, los pesos factoriales son todos superiores .60 y el valor de

las comunalidades fue superior a .40, con excepción del ítem 17 (.384), véase la Tabla 54.

Tabla 54. Factor 2 - cuidador, saturaciones factoriales y comunalidades (h²) para cada ítem

Ítems	Factor 2 - Cuidador	
	Cuidador	h ²
6. Crees que tus padres (cuidadores) saben mucho a tu respecto (por ejemplo, quien son tus amigos, o que te gusta hacer)?	.684	.468
24. Te sientes seguro cuando estas con tu familia?	.657	.432
12. Hablas con tu familia sobre tus sentimientos (por ejemplo cuando estas dañado o triste)?	.650	.422
5. Mis padres (cuidadores) me acompañan de cerca, saben a dónde estás y lo que haces la mayor parte de las veces?	.637	.406
17. Crees que tu familia se preocupa contigo en momentos difíciles (por ejemplo cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?	.620	.384
<i>Eigenvalue</i> (valor propio)	2.111	
% Varianza explicada	42.223%	
% Total explicada	42.223%	

Estructura factorial del factor 3 – Contextual

Con respecto a la sub-escala contextual (F3 - contextual), y de cara a conocer la adecuabilidad de los datos de la muestra para realizar el análisis factorial, se calculó el valor de KMO (.822) así como la prueba de esfericidad de Bartlett (1576.535), indicando una muestra adecuada para el análisis factorial.

Una vez que fueron eliminados los dos ítems que conformaban la sub-escala educación, se asumió la existencia de dos únicos subfactores (espiritual y cultural). Así pues, se realizó un análisis factorial a través del método de componentes principales, seguido de rotación Oblimin con normalización Kaiser y se forzó la rotación a dos factores. La varianza total explicada por dos factores fue de 51.702%, siendo el primer factor responsable por 33.790% (espiritual) en cuanto el segundo (cultural) por 17.911%

de la varianza explicada, véase la Tabla 57. De los cinco ítems cuatro (27, 28, 23, 10) presentan saturaciones factoriales en el subfactor espiritual, en cuanto el ítem 9 presenta un peso factorial de .844 en el factor cultural.

Todavía, y por razones teóricas, siguiendo además la organización propuesta por los autores del instrumento, el factor 23 fue integrado en el subfactor cultural, así que paso a estar conformado por 2 ítems (9 y 23), en cuanto el factor espiritual quedó formado por tres (10, 27 y 28), véase la Tabla 57. Los ítems de la sub-escala espiritual presentaron valores adecuados, solamente el ítem 10 un valor ligeramente por debajo de .50 (.486; .782, .628). Por otro lado, los ítems 9 y 23 del subfactor cultural, presentaron valores de .577 y .896. Las comunalidades revelaron valores aceptables con el ítem 9 a presentar un valor de saturación de .801 y el ítem 23 el valor más bajo (.304). Los restantes ítems demostraron valores más altos (.375; .414), siendo el ítem 27 el que presento un valor más elevado (.691), véase Tabla 55.

Tabla 55. Factor 3 - cultural, saturaciones factoriales y comunalidades (h²) para cada ítem

Ítems	Factor 3 - Contextual		
	Espiritual	Cultural	h ²
27. Te gusta como tu comunidad celebra sucesos (festivos, fiestas)?	.782		.691
28. Tienes orgullo en ser ciudadano de ? _____ (poner país)?	.628		.414
23. Crees que es importante apoyar tu comunidad?	.577		.375
10. Tienes orgullo en tus orígenes étnicos (por ejemplo sabes de donde proviene tu familia o conoces la historia de tu familia)?	.486		.304
9. Creencias espirituales son una fuente de fuerza para ti (por ejemplo creer en Dios o en Alá)?		.844	.801
<i>Eigenvalue</i> (valor propio)	1.690	.896	
% Varianza explicada	33.790%	17.911%	
% Total de la varianza explicada		51.702%	

Así, tras los procedimientos descritos, hemos llegado a una solución final de 15 ítems.

- Factor 1 – Individual: ítems 11, 14, 15 (subfactor competencias personales y soporte), 18, 20 (subfactor competencias sociales).
- Factor 2 – Cuidador: 5, 6, 12, 17, 24 (subfactor cuidador).
- Factor 3 – Contextual: 9 (subfactor cultural), 10, 23, 27, 28 (subfactor espiritual).

5.2.3. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Partiendo de la estructura factorial identificada en el análisis Factorial Exploratorio previo y con recurso al AMOS, se evaluó la bondad de ajuste del modelo de tres factores correlacionados con cinco ítems cada, a través del método de máxima verosimilitud. En la Tabla 56 se presenta el coeficiente de regresión estandarizado de cada ítem en relación al constructo general, error típico y nivel de significación. De su análisis constatamos que todos los ítems del instrumento presentan valores con significación.

Tabla 56. Coeficiente de regresión, errores típicos y nivel de significación de cada ítem

CYRM-15	Sub-escalas	Coeficiente de regresión	Error típico	P
CYRM11	f1	0.4964	0.04146	***
CYRM14	f1	0.7968	0.03840	***
CYRM15	f1	0.4514	0.04196	***
CYRM18	f1	0.7832	0.03851	***
CYRM20	f1	0.3270	0.04308	***
CYRM5	f2	0.4610	0.04498	***
CYRM6	f2	0.5569	0.04416	***
CYRM12	f2	0.5207	0.04446	***
CYRM17	f2	0.5219	0.04445	***
CYRM24	f2	0.5663	0.04409	***
CYRM9	f3	0.3077	0.04924	***
CYRM10	f3	0.3870	0.04496	***
CYRM23	f3	0.5097	0.04893	***
CYRM27	f3	0.4636	0.04883	***
CYRM28	f3	0.3654	0.04903	***
*** p < .001				

En la Tabla 57 se presentan los diversos índices de bondad de ajuste del modelo de tres factores, cada uno con cinco ítems, de la versión reducida de la CYRM.

De su análisis, y siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) verificamos que los índices $GFI = .941$, $AGFI = .919$ son adecuados porque son superiores $.90$, $NFI = .829$. En lo que respecta al $RMSEA = .059$ se puede considerar aceptable, pero, por otro lado, los valores de $NNFI = .848$, $CFI = .874$ son ambos inferiores a $< .95$, lo que indica que nuestro modelo no se adecua a los datos. En la misma Tabla se pueden comparar los índices encontrados en el AFC del estudio original y del AFC conducido en nuestro primer AFC para la versión completa del instrumento en la muestra en estudio.

Tabla 57. Comparación de los índices de bondad de ajuste para los distintos modelos de la CYRM-15

Índices de evaluación de la bondad de ajuste de los modelos							
Modelo	X^2/df	GFI	AGIF	NFI	TLI	CFI	RMSEA
CYRM - 28 estudio original	98.00	---	---	---	.957	.979	.046
CYRM - 28 Portugal	1297	.8638	.8406	.6239	.663	.861	.044
CYRM – 15	277.5	.941	.919	.829	.848	.874	.059

Nota: GFI, *Goodness of Fit Index*; AGIF, *Adjusted Goodness of Fit Index*; NFI, *Normed Fit Index*; TLI, *Tucker-Lewis Index*; CFI, *Comparative fit index*, RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*.

5.2.4. Consistencia interna

Para conocer la consistencia interna de la estructura de la CYRM-15 se calcularon los coeficientes de *alpha* para el total de la medida, así como para las tres sub-escalas: individual, relacional y contextual. En seguida serán presentados los resultados relativos al estudio de la fiabilidad de la CYRM-15.

El valor de *alpha* para el total de la escala fue de .75 y indica que la fiabilidad de la escala es aceptable, lo que demuestra la capacidad de medición del instrumento (Marôco y Garcia-Marques, 2006). En lo que respecta a las sub-escalas, el valor de *alpha* varió entre .70, .58 y .48, respectivamente, lo que significa un valor aceptable para la sub-escala individual y pobre para las demás, conforme se observa en la Tabla 58. Todavía, hay que subrayar que estas sub-escalas presentan solamente cinco ítems cada una, así que los valores de *alpha* para cada una deben ser contextualizados y aplicadas en conjunto con las demás.

Tabla 58. Valores de *alpha* de Cronbach para el total de la CYRM-15 y sub-escalas

CYRM-15	Estadísticos de fiabilidad	
	<i>alpha</i> de Cronbach	N de elementos
Individual	.705	5
Cuidador	.617	5
Contextual	.487	5
CYRM Total	.751	15

En la Tabla 59 se presentan los estadísticos descriptivos de los ítems de la CYRM-15 con base en las respuestas dadas por los participantes del estudio. Las puntuaciones de media más altas encontradas fueron para los ítems 17 y 24, ambos con la misma puntuación (2.92).

Tabla 59. Estadísticos descriptivos para los ítems de la CYRM-15

CYRM -15	Media	Desviación Típica	N
CYRM 5	2.53	.649	629
CYRM 6	2.57	.634	629
CYRM 9	2.06	.825	629
CYRM 10	2.80	.498	629
CYRM 11	2.82	.423	629
CYRM 12	2.09	.762	629
CYRM 14	2.71	.523	629
CYRM 15	2.79	.499	629
CYRM 17	2.92	.313	629
CYRM 18	2.70	.543	629
CYRM 20	2.76	.471	629
CYRM 23	2.72	.523	629
CYRM 24	2.92	.285	629
CYRM 27	2.57	.595	629
CYRM 28	2.68	.547	629

Analizando de forma detallada los ítems que constituyen el instrumento, es posible verificar que presentan valores adecuados, con correlaciones ítem-total todas

superiores a .20 (Pestana y Gageiro, 2003). De entre los 15 ítems que conforman la escala total, sus correlaciones con el total de la escala varían entre .229 y .453. El ítem que presenta una correlación más baja es el ítem 9 ($r = .229$) en cuanto lo que presenta la correlación más elevada es el ítem 28 ($r = .270$), ambos pertenecientes a la sub-escala contexto. Por otro lado, la consistencia interna total de la CYRM-15 no mejoraría si se eliminara algún de sus ítems, por lo contrario, contribuiría para empeorar el valor de *alpha* de Cronbach, así que esto es indicativo de que todos los ítems son importantes para explicar el constructo, véase la Tabla 60.

Tabla 60. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la CYRM-15

CYRM-15	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	<i>alpha</i> de Cronbach si se elimina el ítem
CYRM 1	37.09	13.582	.327	.741
CYRM 6	37.05	13.088	.453	.727
CYRM 9	37.56	13.498	.229	.760
CYRM 10	36.82	14.185	.303	.742
CYRM 11	36.80	14.164	.384	.737
CYRM 12	37.53	12.810	.399	.734
CYRM 14	36.91	13.565	.449	.729
CYRM 15	36.83	13.759	.421	.732
CYRM 17	36.70	14.470	.419	.738
CYRM 18	36.92	13.555	.430	.730
CYRM 20	36.86	14.194	.325	.740
CYRM 23	36.90	13.806	.383	.735
CYRM 24	36.70	14.552	.429	.738
CYRM 27	37.05	13.644	.357	.737
CYRM 28	36.94	14.158	.270	.746

Factor 1 – Individual

Relativamente al factor 1 - individual, el puntaje promedio de la sub-escala varía entre 2.70 y 2.82, siendo el valor más alto perteneciente al ítem 11 ($M = 2.82$), véase la Tabla 61.

Tabla 61. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala individual

Ítem	Media	Desviación Típica	N
CYRM 11	2.82	.423	629
CYRM 14	2.71	.523	629
CYRM 15	2.79	.499	629
CYRM 18	2.70	.543	629
CYRM 20	2.76	.471	629

Los cinco ítems que conforman la sub-escala individual presentan correlaciones entre .319 y .589. Todos los ítems contribuyen de forma adecuada para el valor de *alpha* de Cronbach, además la eliminación de ningún de los ítems contribuiría para un aumento del valor de *alpha*, véase la Tabla 62.

Tabla 62. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la sub-escala individual

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida	<i>alpha</i> de Cronbach si se elimina el ítem
CYRM 11	10.96	2.099	.419	.674
CYRM 14	11.07	1.712	.589	.598
CYRM 15	10.99	1.982	.399	.682
CYRM 18	11.08	1.669	.591	.596
CYRM 20	11.01	2.132	.319	.710

Factor 2 – Cuidador

El factor 2 - cuidador está formado por cinco ítems y presenta un valor de *alpha* de Cronbach de .617. Los estadísticos descriptivos de los ítems del factor indican una media entre 2.09 y 2.92, véase la Tabla 63.

Tabla 63. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala cuidador

Ítem	Media	Desviación Típica	N
CYRM 5	2.53	.649	629
CYRM 6	2.57	.634	629
CYRM 12	2.09	.762	629
CYRM 17	2.92	.313	629
CYRM 24	2.92	.285	629

Del análisis de la fiabilidad total-ítem se comprueba que todas las correlaciones de los ítems son superiores a .20, en que el ítem 17 es el que presenta una correlación más baja con la sub-escala ($r = .346$), en cuanto el ítem 6 es el que presenta una correlación más alta ($r = .473$). El valor de *alpha*, si se elimina algún de los ítems, no mejora substancialmente, así que todos los ítems contribuyen a un adecuado *alpha* de Cronbach, véase la Tabla 64.

Tabla 64. Estadística de fiabilidad total-ítem para los ítems de la sub-escala cuidador

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida	<i>alpha</i> de Cronbach si se elimina el ítem
CYRM 5	10.49	1.970	.402	.547
CYRM 6	10.45	1.898	.473	.503
CYRM 12	10.93	1.734	.404	.562
CYRM 17	10.10	2.672	.346	.592
CYRM 24	10.10	2.685	.384	.587

Factor 3 – Contextual

Por último, el factor 3 - contextual tiene igualmente cinco ítems y presenta un valor de *alpha* de Cronbach de .487, un valor manifiestamente bajo, pese a que el factor tiene pocos ítems. Los estadísticos descriptivos de los ítems permiten verificar que su media varía entre 2.06 y 2.80, véase la Tabla 65.

Tabla 65. Estadísticos descriptivos para los ítems de la sub-escala contextual

Ítem	Media	Desviación Típica	N
CYRM 9	2.06	.825	629
CYRM 10	2.80	.498	629
CYRM 23	2.72	.523	629
CYRM 27	2.57	.595	629
CYRM 28	2.68	.547	629

Del análisis de la fiabilidad total-ítem se comprueba que todas las correlaciones de los ítems son superiores a .20, en que el ítem 10 es el que presenta una correlación más baja con la sub-escala ($r = .244$), en cuanto el ítem 28 es el que presenta una correlación más alta ($r = .321$). El valor de *alpha* si se elimina algún de los ítems no mejora substancialmente, así que todos los ítems contribuyen a un adecuado *alpha* de Cronbach, véase la Tabla 66.

Tabla 66. Estadística de fiabilidad total-item para los ítems de la sub-escala contextual

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida	<i>alpha</i> de Cronbach si se elimina el ítem
CYRM 9	10.77	1.831	.236	.478
CYRM 10	10.02	2.412	.244	.445
CYRM 23	10.10	2.288	.301	.412
CYRM 27	10.26	2.220	.261	.432
CYRM 28	10.15	2.215	.321	.397

5.3. Evidencias de validez de la CYRM-15

La validez de un instrumento se refiere al grado en que mide la variable que pretende medir. Así, en seguida se presentan los tipos de validez considerados en la validación del instrumento psicométrico a saber, la validez de constructo (Marôco, 2014).

5.3.1. Validez de cccritério

La validez de criterio se refiere al grado en que el test correlaciona con variables ajenas al propio test, o sea, con otros criterios con lo que se espera por hipótesis que debe correlacionar de determinado modo. Así y en el caso concreto de la CYRM-15 total y sus sub-escalas, se esperan correlaciones fuertes. Del análisis de la Tabla 67, se comprobó que todos los módulos presentan correlaciones fuertes con la CYRM-15 total, siendo el valor más alto entre la CYRM-15 total y el módulo cuidador ($r = .783$). Entre cada uno de los módulos, las correlaciones fueron débiles, véase el caso del módulo individual y contextual ($r = .334$).

Tabla 67. Correlaciones entre la CYRM-15 y sus sub-escalas

CYRM-15	CYRM-15 Total	CYRM-15 Individuo	CYRM-15 Cuidador	CYRM-15 Contexto
CYRM-15 Total	1	.745**	.783**	.756**
CYRM-15 Individual	.745**	1	.387**	.334**
CYRM-15 Cuidador	.783**	.387**	1	.386**
CYRM-15 Contextual	.756**	.334**	.386**	1

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Con respecto a las correlaciones entre la CYRM-15 y la EADS-21, se espera que los instrumentos se correlacionen de manera inversa. De acuerdo con los valores descritos en la Tabla 68, es posible verificar que todas las correlaciones son significativas a nivel de 0.01 y negativas. Las correlaciones varían entre flaco y moderado, siendo el módulo contextual el que presenta valores más flacos con la EADS (total y sub-escalas), véase la correlación con la sub-escala ansiedad ($r = -.138$). Los valores encontrados confieren una buena validez predictiva a la CYRM-15 puesto que, teóricamente, la resiliencia es una variable opuesta a la ansiedad, depresión y estrés.

Tabla 68. Correlaciones entre la CYRM-15 y sus sub-escalas y la EADS y sus sub-escalas

CYRM-15	EADS Total	EADS Depresión	EADS Ansiedad	EADS Estrés
CYRM-15 Total	-.366**	-.387**	-.296**	-.324**
CYRM-15 Individual	-.326**	-.341**	-.280**	-.273**
CYRM-15 Cuidador	-.320**	-.337**	-.261**	-.283**
CYRM-15 Contextual	-.191**	-.207**	-.138**	-.186**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

5.3.2. Validez discriminante de la CYRM-15 grupo normativo

Diferencias por género

En la Tabla 69, se presentan los datos descriptivos de la muestra normativa, según el género de los participantes. De su análisis comprobamos que las puntuaciones medias entre los adolescentes del género masculino y femenino son semejantes, caso del módulo individual (13.78 vs 13.76). Sin embargo, las chicas presentan valores ligeramente superiores en el total de la CYRM-15 (39.32 vs 39.86) y en los módulos cuidador (12.89 vs 13.12) y contextual (12.64 vs 12.97).

Tabla 69. Estadísticos descriptivos por grupos en función del género

CYRM-15	Género	N	Media	Desviación	Error típico de
	Masculino o femenino			Típica	la media
CYRM-15	Hombre	288	39.3264	4.16862	.24564
Total	Mujer	341	39.8680	3.73499	.20226
CYRM-15	Hombre	288	13.7847	1.73572	.10228
Individual	Mujer	341	13.7683	1.61673	.08755
CYRM-15	Hombre	288	12.8924	1.80752	.10651
Cuidador	Mujer	341	13.1290	1.72893	.09363
CYRM-15	Hombre	288	12.6493	1.83992	.10842
Contextual	Mujer	341	12.9707	1.64469	.08907

Las pruebas t de Student presentaron diferencias significativas solamente para el módulo contextual ($t_{627} = -2.312$; $p < .05$), cuando se analiza la variable género, véase la Tabla 70. Con esta excepción, verificamos no existir más diferencias estadísticamente significativas entre chicas y chicos, en lo que concierne a su capacidad de resiliencia global.

Por otra parte, y cuando se analiza el tamaño del efecto de la variable género en la capacidad de resiliencia de los adolescentes del grupo normativo, no se ha detectado cualquier efecto ($\eta^2_p = .008$).

Tabla 70. Prueba de muestras independientes para la variable género

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
CYRM-15		Z	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Límite inferior	Límite superior
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	1.392	.239	-1.718	627	.086	-.54165	.31527	-1.16076	.07747
Total	No se han asumido varianzas iguales			-1.702	582.195	.089	-.54165	.31819	-1.16660	.08330
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.543	.461	.122	627	.903	.01639	.13383	-.24641	.27920
Individual	No se han asumido varianzas iguales			.122	592.953	.903	.01639	.13463	-.24802	.28081
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	1.012	.315	-1.675	627	.094	-.23667	.14128	-.51411	.04077
Cuidador	No se han asumido varianzas iguales			-1.669	599.666	.096	-.23667	.14181	-.51518	.04183
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	4.458	.035	-2.312	627	.021	-.32137	.13899	-.59432	-.04842
Contextual	No se han asumido varianzas iguales			-2.290	581.519	.022	-.32137	.14031	-.59695	-.04579

$p \leq .05$

Nota: CYRM-15 Total: Medida de Resiliencia para niños y jóvenes-15.

Diferencias por edad

En la Tabla 71, se observan los estadísticos descriptivos para cada uno de los grupos de edad de los participantes, conforme tengan edad comprendida entre los 12 a 14 años o 15 a 17 años. Los menores del grupo de edad de 12 a 14 años presentan puntuaciones medias superiores, tanto en el total de la CYRM-15 (40.2705 vs 38.3674) como en las distintas sub-escalas, CYRM-15 individual (13.88 vs 13.56), CYRM-15 Cuidador (13.25 vs 12.57), CYRM-15 contextual (13.13 vs 12.23).

Tabla 71. Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad

CYRM-15	Grupos de edad	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
CYRM-15	12-14 años	414	40.2705	3.38838	.16653
Total	15-17 años	215	38.3674	4.59682	.31350
CYRM-15	12-14 años	414	13.8865	1.57128	.07722
Individual	15-17 años	215	13.5628	1.83285	.12500
CYRM-15	12-14 años	414	13.2536	1.63524	.08037
Cuidador	15-17 años	215	12.5721	1.92455	.13125
CYRM-15	12-14 años	414	13.1304	1.57689	.07750
Contextual	15-17 años	215	12.2326	1.89240	.12906

En cuanto a la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edades verificamos que, tanto en el total de la CYRM-15 ($t_{627} = 5.890$; $p < .05$) como en las respectivas sub-escalas, CYRM-15 individual ($t_{627} = 2.312$; $p < .05$), CYRM-15 cuidador ($t_{627} = 4.661$; $p < .05$) y CYRM-15 contextual ($t_{627} = 6.316$; $p < .05$), existen diferencias estadísticamente significativas, véase la Tabla 71.

Tras calcularse el eta cuadrado parcial, con el propósito de conocer el tamaño del efecto de la variable edad en la capacidad de resiliencia de los adolescentes del grupo normativo, verificamos que no existe cualquier efecto.

Tabla 72. Prueba de muestras independientes para la variable edad

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
						95% intervalo de confianza para la diferencia				
CYRM-15		Z	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Límite inferior	Límite superior
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	11.467	.001	5.890	627	.000	1.90309	.32312	1.26856	2.53762
Total	No se han asumido varianzas iguales			5.361	337.868	.000	1.90309	.35499	1.20483	2.60135
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	5.108	.024	2.312	627	.021	.32368	.13998	.04880	.59857
Individual	No se han asumido varianzas iguales			2.203	379.857	.028	.32368	.14693	.03478	.61258
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	7.014	.008	4.661	627	.000	.68153	.14622	.39439	.96867
Cuidador	No se han asumido varianzas iguales			4.428	377.084	.000	.68153	.15390	.37891	.98415
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	7.059	.008	6.316	627	.000	.89788	.14217	.61869	1.17706
Contextual	No se han asumido varianzas iguales			5.964	371.152	.000	.89788	.15054	.60185	1.19390

p≤.05

Nota: CYRM-15 Total: Medida de Resiliencia para Niños y Jovenes-15.

Diferencias por género - grupo forense

En la Tabla 73 se presentan los datos descriptivos de la muestra forense según el género de los participantes. De su análisis, comprobamos que los adolescentes del género masculino presentan puntuaciones medias superiores en todos los módulos, así como en el total de la medida de resiliencia, comparativamente a las adolescentes del género femenino. Así pues, y para los tres módulos, los valores encontrados varían entre (13.96 vs 13.36) para el módulo individual, (13.17 vs 12.03) para el módulo cuidador y (13.35 vs 12.96) para el módulo contextual, en cuanto para el total de la CYRM-15 la media es (40.50 vs 38.36).

Tabla 73. Estadísticos descriptivos por grupos en función del género

CYRM-15	Género Masculino o femenino	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
CYRM-15	Hombre	28	40.5000	4.23827	.80096
Total	Mujer	30	38.3667	5.34005	.97495
CYRM-15	Hombre	28	13.9643	1.59820	.30203
Individual	Mujer	30	13.3667	1.90251	.34735
CYRM-15	Hombre	28	13.1786	1.58823	.30015
Cuidador	Mujer	30	12.0333	2.41380	.44070
CYRM-15	Hombre	28	13.3571	2.07658	.39244
Contextual	Mujer	30	12.9667	2.09241	.38202

Las pruebas t de Student presentaron diferencias significativas en lo que respecta a la variable género, solamente en el módulo cuidador ($t_{56} = 2.118$; $p < .05$), véase la Tabla 74. En los demás módulos y total de la escala, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre chicas y chicos, en lo que atañe a su capacidad de resiliencia.

Tabla 74. Prueba de muestras independientes para la variable género

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
						95% intervalo de confianza para la diferencia				
	CYRM-15	Z	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	Límite inferior	Límite superior
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.383	.538	1.677	56	.099	2.13333	1.27187	-.41452	4.68119
Total	No se han asumido varianzas iguales			1.691	54.628	.097	2.13333	1.26177	-.39570	4.66237
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.433	.513	1.290	56	.202	.59762	.46309	-.33007	1.52531
Individual	No se han asumido varianzas iguales			1.298	55.409	.200	.59762	.46030	-.32468	1.51992
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	2.471	.122	2.118	56	.039	1.14524	.54066	.06217	2.22830
Cuidador	No se han asumido varianzas iguales			2.148	50.478	.037	1.14524	.53320	.07452	2.21595
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.883	.352	.713	56	.479	.39048	.54782	-.70694	1.48789
Contextual	No se han asumido varianzas iguales			.713	55.781	.479	.39048	.54767	-.70674	1.48769

p≤.05

Nota: CYRM-15 Total: Medida de Resiliencia para Niños y Jovenes-15.

Diferencias por edad

En la Tabla 75 se observan los estadísticos descriptivos para cada uno de los grupos de edad de los participantes, conforme tengan edad comprendida entre los 12 y 14 años o 15 y 17 años. Los menores del grupo de edad de 12 a 14 años presentan puntuaciones medias superiores en el total de la CYRM-15 (39.60 vs 39.20), CYRM-15 cuidador (12.78 vs 12.40) y CYRM-15 contextual (13.39 vs 12.93). Solamente en el módulo CYRM-15 individual (13.42 vs 13.86) los sujetos del grupo de edad entre 15 y 17 años presentan puntuaciones medias superiores.

Tabla 75. Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad

CYRM-15	Grupos de edad	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
CYRM-15	12-14 años	28	39.6071	3.73511	.70587
Total	15-17 años	30	39.2000	5.86868	1.07147
CYRM-15	12-14 años	28	13.4286	1.68718	.31885
Individual	15-17 años	30	13.8667	1.85199	.33813
CYRM-15	12-14 años	28	12.7857	1.52406	.28802
Cuidador	15-17 años	30	12.4000	2.56770	.46880
CYRM-15	12-14 años	28	13.3929	1.59488	.30140
Contextual	15-17 años	30	12.9333	2.44855	.44704

Del análisis de la Tabla 76 verificamos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes con edad de 12 y 15 años y los adolescentes entre 15 y 17 años de edad, sea en el total de la CYRM-15 sea en cada uno de los módulos.

Tabla 76. Prueba de muestras independientes para la variable edad

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias				
						95% intervalo de confianza para la diferencia				
CYRM-15		Z	Sig.	T	df	Sig. (bilaterales)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Límite inferior	Límite superior
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	2.552	.116	.313	56	.756	.40714	1.30229	-2.20165	3.01594
Total	No se han asumido varianzas iguales			.317	49.600	.752	.40714	1.28308	-2.17052	2.98480
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.535	.467	-.940	56	.351	-.43810	.46627	-1.37214	.49595
Individual	No se han asumido varianzas iguales			-.943	55.971	.350	-.43810	.46475	-1.36911	.49292
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	5.403	.024	.689	56	.493	.38571	.55953	-.73516	1.50659
Cuidador	No se han asumido varianzas iguales			.701	47.722	.487	.38571	.55020	-.72071	1.49214
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	1.524	.222	.840	56	.404	.45952	.54686	-.63597	1.55502
Contextual	No se han asumido varianzas iguales			.852	50.213	.398	.45952	.53916	-.62329	1.54234

p≤.05

Nota: CYRM-15 Total: Medida de Resiliencia para Niños y Jóvenes.

Diferencias por grupo

A través del análisis de los estadísticos descriptivos de la CYRM-15 para cada uno de los grupos del estudio verificamos que las puntuaciones medias de la escala de resiliencia son superiores en el grupo normativo, con excepción de la sub-escala contextual, en que, a pesar de mínima, la puntuación media del grupo forense es superior (12.82 vs 13.15), véase la Tabla 77. Así bien, sea en el total de la CYRM-15 (39.62 vs 39.39), sea en las demás sub-escalas, CYRM-15 individual (13.77 vs 13.65) y CYRM-15 cuidador (13.02 vs 12.58), la puntuación media es siempre superior.

Tabla 77. Estadísticos descriptivos para los grupos normativo y forense

CYRM-15	Grupo normativo o forense	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media
CYRM-15	Normativo	629	39.6200	3.94553	.15732
Total	Forense	58	39.3966	4.91664	.64559
CYRM-15	Normativo	629	13.7758	1.67094	.06662
Individual	Forense	58	13.6552	1.77262	.23276
CYRM-15	Normativo	629	13.0207	1.76787	.07049
Cuidador	Forense	58	12.5862	2.11954	.27831
CYRM-15	Normativo	629	12.8235	1.74278	.06949
Contextual	Forense	58	13.1552	2.07577	.27256

La Tabla 78 presenta los resultados de la prueba t de Student entre los grupos normativo y forense, para el total de la CYRM-15 y las distintas escalas. De su análisis no se han identificado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 78. Prueba de muestras independientes para los grupos normativo y forense

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
						95% intervalo de confianza para la diferencia				
CYRM-15		Z	Sig.	t	df	Sig. (bilaterales)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Límite inferior	Límite superior
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.965	.326	.404	685	.687	.22348	.55375	-.86376	1.31072
Total	No se han asumido varianzas iguales			.336	63.950	.738	.22348	.66448	-1.10399	1.55095
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.014	.906	.524	685	.601	.12066	.23049	-.33189	.57321
Individual	No se han asumido varianzas iguales			.498	66.683	.620	.12066	.24210	-.36262	.60395
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	1.627	.203	1.759	685	.079	.43446	.24697	-.05046	.91938
Cuidador	No se han asumido varianzas iguales			1.513	64.524	.135	.43446	.28710	-.13899	1.00791
CYRM-15	Se han asumido varianzas iguales	.036	.849	-1.363	685	.173	-.33164	.24329	-.80932	.14603
Contextual	No se han asumido varianzas iguales			-1.179	64.626	.243	-.33164	.28128	-.89346	.23018

p≤.05

Nota: CYRM-15 Total: Medida de Resiliencia para Niños y Jóvenes -15.

5.4. Prevalencia de la victimización

En este punto se hará el análisis descriptivo (frecuencia y prevalencia) de los resultados encontrados para la aplicación de los dos formatos del cuestionario JVQ en las muestras estudiadas. Tal y como se ha planteado en el inicio de la investigación además de los cinco módulos del JVQ, se ha añadido al estudio un módulo independiente, que prevé la evaluación de las victimizaciones *online*.

JVQ formato último año grupo normativo

En la Tabla 79 se puede constatar que, en la muestra normativa, los adolescentes presentan una media de cuatro experiencias de victimización a lo largo de la vida ($M = 4.46$; $DT = 6.759$). El módulo crimen convencional es el que presenta una media más elevada ($M = 1.26$; $DT = 2.28$).

Tabla 79. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año

JVQ último año	JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQVPH	JVQVSexual	JVQTest	JVQOnline
Válido	606	606	606	606	606	606	606
N Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.4653	1.16	.65	1.01	.4307	1.22	.28
Desviación Tip.	6.75948	2.28	1.558	2.148	1.46394	2.528	.976
Mínimo	.00	0	0	0	.00	0	0
Máximo	70	22	12	22	15	27	9

Del análisis de la Tabla 80 verificamos que 68.3% ($n = 414$) de la muestra afirmó haber sido víctima de ningún tipo de victimización en el último año. La frecuencia de victimizaciones varió entre uno y 70, siendo que el mayor porcentaje de las víctimas, 13.9% ($n = 84$) indicaron haber sufrido por lo menos un episodio durante ese periodo.

Tabla 80. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
0	192	31.7	31.7	31.7
1	84	13.9	13.9	45.5
2	59	9.7	9.7	55.3
3	40	6.6	6.6	61.9
4	35	5.8	5.8	67.7
5	37	6.1	6.1	73.8
6	23	3.8	3.8	77.6
7	18	3.0	3.0	80.5
8	10	1.7	1.7	82.2
9	14	2.3	2.3	84.5
10	15	2.5	2.5	87.0
11	10	1.7	1.7	88.6
12	12	2.0	2.0	90.6
13	7	1.2	1.2	91.7
14	3	.5	.5	92.2
15	9	1.5	1.5	93.7
16	5	.8	.8	94.6
17	4	.7	.7	95.2
18	3	.5	.5	95.7
19	3	.5	.5	96.2
20	3	.5	.5	96.7
21	2	.3	.3	97.0
22	1	.2	.2	97.2
23	3	.5	.5	97.7
24	1	.2	.2	97.9
27	2	.3	.3	98.2
28	2	.3	.3	98.5
29	3	.5	.5	99.0
30	1	.2	.2	99.2
32	1	.2	.2	99.3
33	1	.2	.2	99.5
35	1	.2	.2	99.7
44	1	.2	.2	99.8
70	1	.2	.2	100
Válido Total	606	100	100	

Con respecto al módulo crimen convencional, 39.9% ($n = 240$) de los participantes de la muestra normativa respondieron haber sido víctimas de esta forma de victimización y, de entre ellos, 15.3% ($n = 93$) indicaron que tal ocurrió por lo menos una vez en el último año, véase la Tabla 81.

Tabla 81. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	366	60.4	60.4
	1	93	15.3	75.7
	2	53	8.7	84.5
	3	31	5.1	89.6
	4	17	2.8	92.4
	5	19	3.1	95.5
	6	8	1.3	96.9
	7	6	1.0	97.9
	8	5	.8	98.7
	11	1	.2	98.8
	12	2	.3	99.2
	13	2	.3	99.5
	16	2	.3	99.8
	22	1	.2	100
Total	606	100	100	

Ya en lo que toca a la victimización perpetrada por la figura cuidadora, 26.4% ($n = 160$) de los adolescentes referirán haber sido víctimas. Todavía, 12.4% ($n = 77$) afirmaron haber sido víctimas por lo menos por una vez por parte de sus cuidadores en el último año, véase la Tabla 82.

Tabla 82. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo malos tratos formato último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	446	73.6	73.6
	1	77	12.7	86.3
	2	32	5.3	91.6
	3	19	3.1	94.7
	4	7	1.2	95.9
	5	13	2.1	98.0
	6	3	.5	98.5
	7	1	.2	98.7
	8	2	.3	99.0
	9	1	.2	99.2
	10	4	.7	99.8
	12	1	.2	100
Total	606	100	100	

En la Tabla 83 es posible verificar que 32.7% ($n = 198$) de los jóvenes de la muestra indicaron haber sido víctimas de algún tipo de victimización por parte de sus pares o hermanos durante el último año, siendo que el 13% ($n = 82$) afirmaron haber sufrido por lo menos un episodio.

Tabla 83. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por parte de iguales formato último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	408	67.3	67.3
	1	78	12.9	80.2
	2	34	5.6	85.8
	3	22	3.6	89.4
	4	7	1.2	90.6
	5	31	5.1	95.7
	6	9	1.5	97.2
	7	6	1.0	98.2
	8	1	.2	98.3
	9	1	.2	98.5
	10	6	1.0	99.5
	11	1	.2	99.7
	12	1	.2	99.8
	22	1	.2	100
Total	606	100	100	

Tal como se puede observar en la Tabla 84, el porcentaje de adolescentes que afirmó haber sido víctima de algún tipo de victimización de cariz sexual fue de 13.7% (n = 103), siendo que 5.1% (n = 31) afirmaron haber sufrido por lo menos un episodio durante el último año.

Tabla 84. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización sexual último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	523	86.3	86.3
	1	31	5.1	91.4
	2	17	2.8	94.2
	3	6	1.0	95.2
	4	3	.5	95.7
	5	16	2.6	98.3
	6	2	.3	98.7
	7	3	.5	99.2
	8	1	.2	99.3
	10	3	.5	99.8
	15	1	.2	100
Total	606	100	100	

Según los datos de la Tabla 85, 37.3% (n = 226) de los adolescentes de la muestra normativa indicaron haber testimoniado algún tipo de violencia en el último año. De entre estos, 13.9% (n = 84) afirmaron que tal sucedió por lo menos por una vez.

Tabla 85. Estadísticos descriptivos para el módulo testimonio o exposición a violencia

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido				
0	380	62.7	62.7	62.7
1	84	13.9	13.9	76.6
2	44	7.3	7.3	83.8
3	23	3.8	3.8	87.6
4	13	2.1	2.1	89.8
5	29	4.8	4.8	94.6
6	11	1.8	1.8	96.4
7	5	.8	.8	97.2
8	5	.8	.8	98.0
10	5	.8	.8	98.8
11	2	.3	.3	99.2
14	1	.2	.2	99.3
15	2	.3	.3	99.7
17	1	.2	.2	99.8
27	1	.2	.2	100
Total	606	100	100	

De acuerdo con la Tabla 86, 13.2% (n = 80) de los participantes de la muestra normativa indicaron haber sufrido algún tipo de victimización *online*. Mitad de las víctimas (n = 40) indicaron por una vez haber sufrido algún episodio durante el último año.

Tabla 86. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización *online*

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido				
0	526	86.8	86.8	86.8
1	40	6.6	6.6	93.4
2	17	2.8	2.8	96.2
3	7	1.2	1.2	97.4
4	5	.8	.8	98.2
5	6	1.0	1.0	99.2
6	2	.3	.3	99.5
7	2	.3	.3	99.8
9	1	.2	.2	100
Total	606	100	100	

JVQ formato último año grupo forense

Para el JVQ formato último año, y del análisis de la Tabla 87 verificamos que, de los 57 sujetos del grupo forense, la media de respuestas más elevada fue para el total del cuestionario ($M = 13.52$; $DT = 13.04$) en cuanto la más baja fue en el módulo victimización *online* (JVQ_{online} ($M = .66$; $DT = 1.321$)).

Tabla 87. Estadísticos descriptivos para el JVQ total y respectivos módulos formato último año

JVQ último año	JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQP	JVQS	JVQTest	JVQ _{online}
Válido	57	57	57	57	57	57	57
N Ausente	0	0	0	0	0	0	0
Média	13.5263	4.47	1.93	2.46	1.4386	3.23	.60
Desviación Tip.	13.04266	4.881	2.890	3.344	2.82854	3.737	1.321
Mínimo	.00	0	0	0	.00	0	0
Máximo	55	26	11	12	13	15	6

En la Tabla 88 se describen los estadísticos referentes al grupo forense para el total del JVQ en su formato último año. De su análisis verificamos que, de los 57 adolescentes de la muestra, 89.5% ($n = 51$) afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización en el último año. La frecuencia de los episodios varió entre uno y 55, en que 10.5% ($n = 6$) de los adolescentes indicaron que tal ocurrió por tres veces en el último año.

Tabla 88. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato último año

JVQ último año		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	6	10.5	10.5	10.5
	1	5	8.8	8.8	19.3
	3	6	10.5	10.5	29.8
	4	2	3.5	3.5	33.3
	5	3	5.3	5.3	38.6
	7	2	3.5	3.5	42.1
	8	2	3.5	3.5	45.6
	9	2	3.5	3.5	49.1
	10	3	5.3	5.3	54.4
	11	2	3.5	3.5	57.9
	12	1	1.8	1.8	59.6
	13	1	1.8	1.8	61.4
	14	1	1.8	1.8	63.2
	15	2	3.5	3.5	66.7
	17	1	1.8	1.8	68.4
	18	1	1.8	1.8	70.2
	20	1	1.8	1.8	71.9
	22	2	3.5	3.5	75.4
	23	2	3.5	3.5	78.9
	25	2	3.5	3.5	82.5
	27	1	1.8	1.8	84.2
	29	1	1.8	1.8	86.0
	31	2	3.5	3.5	89.5
	34	1	1.8	1.8	91.2
	36	1	1.8	1.8	93.0
	39	2	3.5	3.5	96.5
	40	1	1.8	1.8	98.2
	55	1	1.8	1.8	100
Total		57	100	100	

Si analizamos la Tabla 89 verificamos que 84.2% (n = 48) de los adolescentes contestaron haber sufrido alguna forma de victimización en el último año y entre las víctimas, 10.5% (n = 6) afirmaron que tal ocurrió por tres veces.

Tabla 89. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional formato último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	15.8	15.8
	1	9	15.8	31.6
	2	8	14.0	45.6
	3	5	8.8	54.4
	4	3	5.3	59.6
	5	6	10.5	70.2
	6	4	7.0	77.2
	7	3	5.3	82.5
	8	2	3.5	86.0
	9	2	3.5	89.5
	12	1	1.8	91.2
	13	2	3.5	94.7
	14	1	1.8	96.5
	16	1	1.8	98.2
	26	1	1.8	100
Total	57	100	100	

En la Tabla 90 se presentan los estadísticos para el módulo victimización por parte del cuidador (malos tratos), formato último año. De su análisis se verifica que 52.6% ($n = 30$) de los adolescentes contestaron haber sufrido, durante el último año, algún tipo de victimización por parte de sus cuidadores y, 15.8% ($n = 9$) de ellos, lo fueron por lo menos por una vez.

Tabla 90. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por parte del cuidador formato último año

	JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	27	47.4	47.4	47.4
	1	9	15.8	15.8	63.2
	2	8	14.0	14.0	77.2
	3	1	1.8	1.8	78.9
	4	1	1.8	1.8	80.7
	5	4	7.0	7.0	87.7
	6	3	5.3	5.3	93.0
	8	1	1.8	1.8	94.7
	10	1	1.8	1.8	96.5
	11	2	3.5	3.5	100
	Total	57	100	100	

En el módulo victimización perpetrado por pares o hermanos verificamos que 57.9% (n = 33) de los adolescentes del grupo forense afirmaron haber sufrido algún episodio de este tipo durante el último año, véase la Tabla 91.

Tabla 91. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización por iguales o hermanos formato último año

	JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	24	42.1	42.1	42.1
	1	10	17.5	17.5	59.6
	2	7	12.3	12.3	71.9
	3	1	1.8	1.8	73.7
	4	2	3.5	3.5	77.2
	5	1	1.8	1.8	78.9
	6	2	3.5	3.5	82.5
	7	2	3.5	3.5	86.0
	8	2	3.5	3.5	89.5
	9	4	7.0	7.0	96.5
	10	1	1.8	1.8	98.2
	12	1	1.8	1.8	100
	Total	57	100	100	

La Tabla 92 indica que la victimización sexual en el último año afectó a 36.8% (n = 21) de los adolescentes de la muestra forense. Entre los adolescentes víctimas, 12.3% (n = 7) afirmaron haber sufrido por lo menos un episodio durante este periodo.

Tabla 92. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización sexual formato último año

JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido 0	36	63.2	63.2	63.2
1	7	12.3	12.3	75.4
2	2	3.5	3.5	78.9
3	2	3.5	3.5	82.5
4	3	5.3	5.3	87.7
5	3	5.3	5.3	93.0
6	2	3.5	3.5	96.5
13	2	3.5	3.5	100
Total	57	100	100	

De acuerdo con la Tabla 93, 66.7% (n = 38) de los participantes del grupo forense indicaron haber sido testigo o expuestos a algún tipo de violencia en el último año, lo que ocurrió con una frecuencia de una vez, para 14% (n = 8) de las víctimas.

Tabla 93. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo testimonio o exposición a la violencia formato último año

	JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	19	33.3	33.3	33.3
	1	8	14.0	14.0	47.4
	2	5	8.8	8.8	56.1
	3	5	8.8	8.8	64.9
	4	1	1.8	1.8	66.7
	5	7	12.3	12.3	78.9
	7	3	5.3	5.3	84.2
	8	3	5.3	5.3	89.5
	9	2	3.5	3.5	93.0
	11	2	3.5	3.5	96.5
	12	1	1.8	1.8	98.2
	15	1	1.8	1.8	100
	Total	57	100	100	

Ya en lo que toca a la victimización *online*, 26.3% (n = 15) de los adolescentes del grupo forense indicó haber sufrido este tipo de victimización en el último año, en cuanto para 12.3% (n = 7) tal ocurrió por una vez, véase la Tabla 94.

Tabla 94. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización *online* formato último año

	JVQ último año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	42	73.7	73.7	73.7
	1	7	12.3	12.3	86.0
	2	4	7.0	7.0	93.0
	3	1	1.8	1.8	94.7
	5	2	3.5	3.5	98.2
	6	1	1.8	1.8	100
	Total	57	100	100	

JVQ formato a lo largo de la vida grupo normativo

En seguida se analizan los estadísticos descriptivos para el JVQ total y sus módulos, formato a lo largo de la vida, en los dos grupos, según las variables género y edad. Para el JVQ formato a lo largo de la vida y del análisis de la Tabla 95 verificamos que, para los 529 sujetos del grupo normativo, la media de respuestas más elevada fue para el total del cuestionario ($M = 8.50$; $DT = 12.546$), en cuanto la más baja, fue en el módulo victimización *online* (JVQ_{online} ($M = 0.27$; $DT = 1.057$)).

Tabla 95. Estadísticos descriptivos para JVQ total y respectivos módulos formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida		JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQP	JVQS	JVQTest	JVQonline
N	Válido	529	529	529	529	529	529	529
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		8.50	2.91	1.08	1.60	.59	2.06	.26
Desviación Típica		12.546	4.552	2.403	3.025	1.865	3.627	1.062
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0
Máximo		99	33	15	25	19	21	10

En la Tabla 96 se describen los estadísticos para el total del cuestionario formato a lo largo de la vida y, de su análisis constatamos que 72.8% ($n = 385$) de los participantes han contestado haber sufrido algún tipo de victimización a lo largo de sus vidas. La frecuencia de victimizaciones tuvo sus límites mínimos y máximos entre uno y 99. De entre las víctimas, 8.7 % ($n = 46$) indicaron haber sufrido por lo menos un episodio en toda su vida.

Tabla 96. Estadísticos descriptivos JVQ total formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
0	144	27.2	27.2	27.2
1	46	8.7	8.7	35.9
2	31	5.9	5.9	41.8
3	31	5.9	5.9	47.6
4	24	4.5	4.5	52.2
5	30	5.7	5.7	57.8
6	27	5.1	5.1	62.9
7	13	2.5	2.5	65.4
8	16	3.0	3.0	68.4
9	14	2.6	2.6	71.1
10	13	2.5	2.5	73.5
11	14	2.6	2.6	76.2
12	8	1.5	1.5	77.7
13	6	1.1	1.1	78.8
14	7	1.3	1.3	80.2
15	7	1.3	1.3	81.5
16	11	2.1	2.1	83.6
17	8	1.5	1.5	85.1
18	6	1.1	1.1	86.2
19	5	.9	.9	87.1
20	2	.4	.4	87.5
21	3	.6	.6	88.1
22	10	1.9	1.9	90.0
23	2	.4	.4	90.4
24	4	.8	.8	91.1
25	3	.6	.6	91.7
26	3	.6	.6	92.2
27	2	.4	.4	92.6
28	2	.4	.4	93.0
29	2	.4	.4	93.4
30	2	.4	.4	93.8
31	1	.2	.2	94.0
32	3	.6	.6	94.5
34	2	.4	.4	94.9
35	2	.4	.4	95.3
37	2	.4	.4	95.7
38	2	.4	.4	96.0

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
39	2	.4	.4	96.4
40	1	.2	.2	96.6
41	2	.4	.4	97.0
42	2	.4	.4	97.4
44	1	.2	.2	97.5
47	1	.2	.2	97.7
48	3	.6	.6	98.3
49	1	.2	.2	98.5
52	1	.2	.2	98.7
54	2	.4	.4	99.1
59	2	.4	.4	99.4
66	1	.2	.2	99.6
96	1	.2	.2	99.8
99	1	.2	.2	100
Total	529	100	100	

Tabla 96: continuación.

Para el módulo crimen convencional, y en lo que atañe al periodo temporal a lo largo de la vida, 55.6% (n = 294) de los jóvenes indicaron haber sufrido algún tipo de victimización. De estos, 12.3% (n = 65) contestaron sufrir este tipo de victimización por una vez a lo largo de sus vidas, véase la Tabla 97.

**Tabla 97. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional
formato a lo largo de la vida**

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido				
0	235	44.4	44.4	44.4
1	65	12.3	12.3	56.7
2	39	7.4	7.4	64.1
3	38	7.2	7.2	71.3
4	30	5.7	5.7	76.9
5	22	4.2	4.2	81.1
6	16	3.0	3.0	84.1
7	15	2.8	2.8	87.0
8	18	3.4	3.4	90.4
9	8	1.5	1.5	91.9
10	9	1.7	1.7	93.6
11	7	1.3	1.3	94.9
12	5	.9	.9	95.8
13	1	.2	.2	96.0
14	5	.9	.9	97.0
15	5	.9	.9	97.9
16	1	.2	.2	98.1
18	2	.4	.4	98.5
19	2	.4	.4	98.9
21	1	.2	.2	99.1
22	1	.2	.2	99.2
25	1	.2	.2	99.4
26	1	.2	.2	99.6
32	1	.2	.2	99.8
33	1	.2	.2	100.0
Total	529	100	100	

De acuerdo con la Tabla 98, 29.3% ($n = 155$) de los adolescentes del grupo normativo afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización durante toda su vida, siendo que 9.8% ($n = 52$) indicaron haber vivido por lo menos un episodio de este tipo.

Tabla 98. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo malos tratos formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	374	70.7	70.7	70.7
	1	52	9.8	9.8	80.5
	2	25	4.7	4.7	85.3
	3	21	4.0	4.0	89.2
	4	5	.9	.9	90.2
	5	18	3.4	3.4	93.6
	6	10	1.9	1.9	95.5
	7	3	.6	.6	96.0
	8	3	.6	.6	96.6
	9	4	.8	.8	97.4
	10	8	1.5	1.5	98.9
	11	2	.4	.4	99.2
	13	3	.6	.6	99.8
	15	1	.2	.2	100
	Total	529	100	100	

Según los datos de la Tabla 99, 37.4% ($n = 235$) de los adolescentes afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización por parte de iguales o hermanos a lo largo de su vida, y 10.5% ($n = 66$) de ellos han reportado haber sufrido al menos un episodio.

Tabla 99. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización por iguales formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	319	60.3	60.3
	1	58	11.0	71.3
	2	39	7.4	78.6
	3	26	4.9	83.6
	4	7	1.3	84.9
	5	34	6.4	91.3
	6	7	1.3	92.6
	7	13	2.5	95.1
	8	3	.6	95.7
	9	1	.2	95.8
	10	11	2.1	97.9
	11	3	.6	98.5
	12	1	.2	98.7
	14	2	.4	99.1
	15	3	.6	99.6
	18	1	.2	99.8
	25	1	.2	100
Total	529	100	100	

Según los datos de la Tabla 100, 16.1% (n=85) de los adolescentes afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización sexual a lo largo de su vida, y 5.3% (n = 28) de ellos han reportado haber sufrido al menos un episodio.

Tabla 100. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización sexual formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	444	83.9	83.9
	1	28	5.3	89.2
	2	12	2.3	91.5
	3	9	1.7	93.2
	4	6	1.1	94.3
	5	16	3.0	97.4
	6	5	.9	98.3
	7	3	.6	98.9
	10	3	.6	99.4
	11	1	.2	99.6
	16	1	.2	99.8
	19	1	.2	100
Total	529	100	100	

Según los datos de la Tabla 101, 44.8% ($n = 236$) de los adolescentes afirmaron haber sido testigos o estado expuestos a algún tipo de violencia a lo largo de su vida, y 12.7% ($n = 67$) de ellos han reportado haber sufrido al menos un episodio.

Tabla 101. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo testimonio o exposición a violencia formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	292	55.2	55.2
	1	67	12.7	67.9
	2	37	7.0	74.9
	3	21	4.0	78.8
	4	14	2.6	81.5
	5	34	6.4	87.9
	6	10	1.9	89.8
	7	9	1.7	91.5
	8	7	1.3	92.8
	9	6	1.1	94.0
	10	8	1.5	95.5
	11	5	.9	96.4
	12	3	.6	97.0
	13	1	.2	97.2
	14	3	.6	97.7
	15	6	1.1	98.9
	16	1	.2	99.1
	18	3	.6	99.6
	19	1	.2	99.8
	21	1	.2	100
Total	529	100	100	

De acuerdo con la Tabla 102, 10% ($n = 53$) de los participantes de la muestra normativa indicaron haber sufrido algún tipo de victimización *online*, durante toda su vida. Aproximadamente mitad de los adolescentes víctimas, o sea 4.7% ($n = 25$) indicaron haber sufrido algún episodio durante ese periodo temporal.

Tabla 102. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización *online* formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	476	90	90
	1	25	4.7	94.7
	2	11	2.1	96.8
	3	2	.4	97.2
	4	1	.2	97.4
	5	10	1.9	99.2
	7	2	.4	99.6
	9	1	.2	99.8
	10	1	.2	100
Total	529	100	100	

JVQ a lo largo de la vida grupo forense

En seguida presentamos los resultados del análisis del JVQ formato a lo largo de la vida para el grupo forense.

En la Tabla 103 se describen las frecuencias del total del JVQ y de sus módulos, destacando que el JVQ total presenta una media de 23.14 experiencias de victimización en el grupo forense. El módulo con un valor medio más elevado fue el módulo delitos comunes ($M = 8.32$), en cuanto que el que presenta una media más baja es el módulo victimización *online* ($M = 0.64$). Los límites mínimos y máximos del total de cuestionario fueron uno y 76, en cuanto para los módulos variaron entre uno y 29, caso del módulo crimen convencional.

Tabla 103. Estadísticos descriptivos para el total del JVQ y respectivos módulos formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida		JVQTotal	JVQCC	JVQMT	JVQP	JVQS	JVQTest	JVQonline
N	Válido	56	56	56	56	56	56	56
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0
	Media	23.14	8.77	3.21	3.73	1.75	5.04	.64
	Desviación Típica	20.857	8.327	4.405	4.731	3.553	5.229	1.519
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	79	29	20	17	17	19	8

En la Tabla 104 se describen los estadísticos para el total del JVQ en su formato a lo largo de la vida del grupo forense. De su análisis verificamos que, de los 56 adolescentes de la muestra, 91.1% ($n = 51$) afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización en el último año. De entre las víctimas, 8.9% ($n = 5$) contestaron haber sufrido por lo menos tres episodios distintos durante su vida.

Tabla 104. Estadísticos descriptivos para el JVQ total formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	5	8.9	8.9
	1	2	3.6	12.5
	2	1	1.8	14.3
	3	5	8.9	23.2
	4	2	3.6	26.8
	6	1	1.8	28.6
	8	1	1.8	30.4
	9	2	3.6	33.9
	10	1	1.8	35.7
	12	1	1.8	37.5
	13	2	3.6	41.1
	14	1	1.8	42.9
	15	2	3.6	46.4
	16	1	1.8	48.2
	17	2	3.6	51.8
	18	1	1.8	53.6
	19	1	1.8	55.4
	20	2	3.6	58.9
	24	1	1.8	60.7
	25	1	1.8	62.5
	28	1	1.8	64.3
	29	1	1.8	66.1
	32	2	3.6	69.6
	33	1	1.8	71.4
	34	1	1.8	73.2
	35	1	1.8	75.0
	38	1	1.8	76.8
	41	2	3.6	80.4
	43	2	3.6	83.9
	46	1	1.8	85.7
	51	1	1.8	87.5
	53	1	1.8	89.3
	58	1	1.8	91.1
	60	2	3.6	94.6
	65	1	1.8	96.4
	68	1	1.8	98.2
	79	1	1.8	100
Total	56	100	100	

Del análisis de la Tabla 105 verificamos que 83.9% (n = 47) de los adolescentes de la muestra forense afirmaron haber sufrido algún tipo de delito común a

lo largo de la vida, siendo que para 10.7% ($n = 6$) de ellos, tal ocurrió por lo menos una vez.

Tabla 105. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo crimen convencional formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido				
0	9	16.1	16.1	16.1
1	6	10.7	10.7	26.8
2	4	7.1	7.1	33.9
3	1	1.8	1.8	35.7
4	2	3.6	3.6	39.3
5	2	3.6	3.6	42.9
6	5	8.9	8.9	51.8
7	1	1.8	1.8	53.6
8	3	5.4	5.4	58.9
9	2	3.6	3.6	62.5
10	1	1.8	1.8	64.3
11	1	1.8	1.8	66.1
12	4	7.1	7.1	73.2
15	2	3.6	3.6	76.8
16	1	1.8	1.8	78.6
17	2	3.6	3.6	82.1
18	1	1.8	1.8	83.9
19	2	3.6	3.6	87.5
20	1	1.8	1.8	89.3
21	1	1.8	1.8	91.1
23	1	1.8	1.8	92.9
25	1	1.8	1.8	94.6
26	1	1.8	1.8	96.4
28	1	1.8	1.8	98.2
29	1	1.8	1.8	100
Total	56	100	100	

En el módulo victimización por parte del cuidador verificamos que 62.7% (n = 34) de los adolescentes indicaron haber sufrido algún tipo de victimización durante su vida a manos de la figura cuidadora. Para 12.5% (n = 7) de esas víctimas, tal ocurrió entre una y tres veces en su vida, véase Tabla 106.

Tabla 106. Estadísticos descriptivos para el JVQ módulo victimización cuidador formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido				
0	22	39.3	39.3	39.3
1	7	12.5	12.5	51.8
2	5	8.9	8.9	60.7
3	4	7.1	7.1	67.9
4	1	1.8	1.8	69.6
5	5	8.9	8.9	78.6
6	3	5.4	5.4	83.9
7	2	3.6	3.6	87.5
10	2	3.6	3.6	91.1
11	2	3.6	3.6	94.6
13	1	1.8	1.8	96.4
15	1	1.8	1.8	98.2
20	1	1.8	1.8	100
Total	56	100	100	

La Tabla 107 presenta los estadísticos relativos al módulo victimización por parte de pares y hermanos. De su análisis constatamos que 69.2% (n = 39) de los adolescentes del grupo forense indicaron haber sufrido este tipo de victimización en sus vidas. Se destaca las frecuencias más altas en este módulo, en que 11 de las víctimas indicaron que estos episodios ocurrieron dos veces.

Tabla 107. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización pares y hermanos a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	17	30.4	30.4
	1	8	14.3	44.6
	2	11	19.6	64.3
	4	2	3.6	67.9
	5	5	8.9	76.8
	6	2	3.6	80.4
	7	2	3.6	83.9
	11	1	1.8	85.7
	12	3	5.4	91.1
	13	2	3.6	94.6
	14	1	1.8	96.4
	16	1	1.8	98.2
	17	1	1.8	100
Total	56	100	100	

Según la Tabla 108, 39.3% (n = 22) de los jóvenes del grupo forense afirmaron haber sufrido algún tipo de victimización sexual a lo largo de su vida. De estos, siete fueron víctimas por una vez, pero para seis de ellos tal ocurrió por dos ocasiones.

Tabla 108. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización sexual formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	34	60.7	60.7
	1	7	12.5	73.2
	2	3	5.4	78.6
	3	2	3.6	82.1
	4	2	3.6	85.7
	5	2	3.6	89.3
	6	2	3.6	92.9
	7	1	1.8	94.6
	9	1	1.8	96.4
	16	1	1.8	98.2
	17	1	1.8	100
Total	56	100	100	

En la Tabla 109 se presentan los estadísticos para el módulo testimonio o exposición a la violencia. De su análisis resulta que 69.6% ($n = 39$) de los adolescentes indicaron haber sido víctimas de esta forma de violencia, destacándose que siete de los participantes afirmaron haber sido testigos de cinco episodios violentos durante toda la vida.

Tabla 109. Estadísticos descriptivos para el JVQ testimonio o exposición a violencia formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	0	17	30.4	30.4
	1	3	5.4	35.7
	2	4	7.1	42.9
	3	2	3.6	46.4
	4	1	1.8	48.2
	5	7	12.5	60.7
	6	6	10.7	71.4
	7	2	3.6	75.0
	8	1	1.8	76.8
	9	4	7.1	83.9
	10	1	1.8	85.7
	12	1	1.8	87.5
	13	1	1.8	89.3
	15	3	5.4	94.6
	16	1	1.8	96.4
	17	1	1.8	98.2
	19	1	1.8	100
Total	56	100	100	

Ya en lo que toca a la victimización *online*, 26.3% ($n=15$) de los adolescentes del grupo forense indicaron haber sufrido este tipo de victimización en el último año. De entre estas víctimas, 10.7% ($n = 6$) afirmaron haber sufrido este tipo de victimización por una vez, véase la Tabla 110.

Tabla 110. Estadísticos descriptivos para el JVQ victimización *online* formato a lo largo de la vida

JVQ a lo largo de la vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válida	Porcentaje acumulativa
Válido	0	42	75	75
	1	6	10.7	85.7
	2	3	5.4	91.1
	3	2	3.6	94.6
	5	2	3.6	98.2
	8	1	1.8	100
Total	56	100	100	

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

6. Discusión

La discusión de los resultados encontrados en el presente estudio será realizada según dos presupuestos, por un lado la discusión de los resultados relativos al estudio psicométrico de los instrumentos *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) y *Child and Youth Resilience Measure – 28* (CYRM-28), y por otro, los resultados encontrados tras su aplicación en cada una de las muestras. En ambos los casos, se iniciará con una reflexión sobre los resultados de los estudios psicométricos y las calidades psicométricas de cada uno de los instrumentos, siguiéndose la discusión de los resultados obtenidos en función de las hipótesis de investigación formuladas.

Así pues, el origen de este estudio ha estado en la necesidad de caracterización de la problemática de la victimización en la adolescencia en la población portuguesa adolescente, asociada a la adaptación positiva de este grupo y en la inexistencia de instrumentos adecuados para su estudio. Por eso, se ha optado por adaptar dos instrumentos referencia en cada una de las áreas, que permitiesen el conocimiento detallado de las características de esta población.

El estudio psicométrico del cuestionario JVQ en cada uno de los formatos pasó por analizar su fiabilidad y validez. Así pues, y en lo que toca a la fiabilidad del JVQ formato último año, los resultados del cálculo del coeficiente de *alpha* de Cronbach indican un relativo adecuado índice de fiabilidad para el total de la escala ($\alpha = .75$) y valores de *alpha* más débiles en todas las sub-escalas, delitos comunes, victimización por parte del cuidador, victimización por pares y hermanos, victimización sexual y testimonio o exposición a la violencia, con valores de *alpha* de .59, .45, .40, .35, .51, respectivamente.

Los coeficientes de confiabilidad que se obtuvieron en el estudio original fueron superiores para el total de la escala ($\alpha = .80$) (Finkelhor et al., 2005), así como

para las sub-escalas delitos comunes ($\alpha = .61$) y victimización por pares y hermanos ($\alpha = .51$). La excepción fue la sub-escala victimización por parte del cuidador ($\alpha = .39$). De destacar que, en el mencionado estudio no se ha calculado el coeficiente de confiabilidad para el módulo testimonio o exposición a la violencia.

En España, Pereda y colaboradores (2013) han encontrado valores superiores en este formato del JVQ, sea para el total del cuestionario ($\alpha = .82$), sea para las sub-escalas delitos comunes ($\alpha = .64$), malos tratos por parte del cuidador ($\alpha = .49$), victimización por pares y hermanos ($\alpha = .51$) y victimización sexual ($\alpha = .64$), con excepción de la sub-escala testimonio o exposición a la violencia ($\alpha = .50$).

Otro estudio desarrollado en China ha encontrado valores de consistencia interna superiores, comparativamente a los estudios mencionados, tanto para el total del JVQ formato último año ($\alpha = .89$), como para las respectivas sub-escalas ($\alpha = .83$, $\alpha = .64$, $\alpha = .73$, $\alpha = .71$, $\alpha = .76$). En lo que toca al JVQ formato a lo largo de la vida, los índices de fiabilidad fueron mejores, sea para el total de cuestionario ($\alpha = .85$), como para los módulos ($\alpha = .72$, $\alpha = .53$, $\alpha = .52$, $\alpha = .58$, $\alpha = .58$), comparativamente al formato último año (Chan, Brownridge, Yan, Fong y Tiwari, 2011).

En España, Pereda y colaboradores (2013) han encontrado, también para el formato último año, valores de *alpha* de Cronbach buenos, a pesar de inferiores en el caso del total del cuestionario ($\alpha = .84$), así como para los módulos crimen convencional ($\alpha = .70$) y testimonio o exposición a la violencia ($\alpha = .53$), comparativamente a nuestro estudio.

A pesar de que los valores de *alpha* para la versión portuguesa sean discutibles, en particular para las sub-escalas del JVQ formato último año y algunas del formato a lo largo de la vida, no son muy distintas de los valores reportados por Finkelhor y colaboradores (2005), así bien los encontrados en España por Pereda y colaboradores

(2013), que varían entre débil a moderado. Finkelhor y colaboradores (2005) argumentan que los bajos valores de *alpha* encontrados para las sub-escalas pueden deberse al reducido número de ítems de algunos de los módulos.

La validez de criterio fue analizada a través de la asociación entre la victimización ocurrida en el último año y a lo largo de la vida y la sintomatología psicopatológica. Para el efecto, se calcularon las correlaciones entre el JVQ total y sus sub-escalas, así bien con la escala de ansiedad, depresión y estrés (EADS-21).

Con respecto al JVQ formato último año, los resultados encontrados fueron todos significativos, con correlaciones positivas, moderadas a fuertes, entre los módulos y el total del JVQ último año, y débiles entre los módulos. Ya en lo que toca a las correlaciones entre el JVQ formato último año y el EADS-21, fueron moderadas entre el JVQ total y el EADS total y respectivos módulos, con mayor intensidad entre el JVQ total y la EADS total así bien con la sub-escala depresión. Con respecto a las correlaciones entre los módulos del JVQ y las sub-escalas del EADS-21, con las correlaciones más intensas entre el módulo malos tratos por parte del cuidador y EADS total, seguido de la sub-escala depresión.

Si analizamos los resultados del JVQ formato a lo largo de la vida, verificamos que de igual manera todos fueron significativos, con correlaciones positivas, moderadas a fuertes, entre el total del JVQ y las sub-escalas, con la particularidad de que todas ellas fueron más fuertes comparativamente al formato último año.

Con respecto a las correlaciones entre el JVQ total y el EADS-21 total y sub-escalas, verificamos que son moderadas, siendo la correlación más fuerte entre el JVQ total y el módulo depresión. Por otro lado, las correlaciones entre los módulos de los dos instrumentos fueran débiles. De subrayar que todas las correlaciones fueran superiores a las encontradas para el formato último año.

En línea con nuestro estudio tenemos el de Finkelhor y colaboradores (2005), en que los resultados de la correlación entre el JVQ formato último año y una medida de sintomatología indican correlaciones significativas y moderadas entre los dos instrumentos. También Pereda y colaboradores (2013), en su estudio, han encontrado correlaciones significativas entre el JVQ en sus dos formatos y la sintomatología psicopatológica, con una asociación débil a moderada entre victimización y sintomatología, siendo más intensa para el formato del largo de la vida. De igual modo Chan y colaboradores (2011) y Cheng (2010), con muestras chinas, han encontrado correlaciones moderadas entre el JVQ formato último año y la sintomatología psicopatológica, especialmente con la depresión.

En la presente investigación, las correlaciones encontradas entre el JVQ y la EADS-21 fueron más intensas comparativamente a los estudios citados, pero en el mismo sentido, atestando una asociación entre la experiencia de victimizaciones y la sintomatología psicopatológica, con mayor intensidad para la victimización durante toda la vida. En lo que respecta a las correlaciones entre los módulos del JVQ en los dos formatos fueran más débiles, lo que aparenta una cierta independencia entre los módulos y que las victimizaciones tienden a ser eventos independientes entre sí.

Además, se realizaron análisis de regresión lineal entre los diferentes tipos de victimización y la sintomatología psicopatológica, verificándose la existencia de una contribución tenue de la victimización para la manifestación de sintomatología psicopatológica. En ambos formatos del JVQ se ha verificado que la victimización total ha sido la variable presente en todos los modelos y la que más contribuyó para la sintomatología. Si analizamos cada una de las variables de sintomatología independientemente, verificamos que la sub-escala depresión ha sido la que está asociada a la experiencia de victimización. A parte de la victimización global tenemos

igualmente la asociación de los módulos delitos comunes, malos tratos por parte del cuidador y victimización sexual, con la sintomatología psicopatológica, en especial con la depresión. Los resultados del análisis psicométrico del JVQ formato último año y a lo largo de la vida indican que se trata de un instrumento fiable y válido.

Con respecto a la validez discriminante del JVQ en cada uno de sus formatos, se estudiaron las diferencias de puntuación del total del cuestionario y de sus módulos, según las variables género, edad y grupo de pertenencia. Este objetivo se ha concretado en las hipótesis 1 y 2 de este trabajo. Así, y siguiendo este raciocinio, se pasará a analizar dichas hipótesis.

La primera hipótesis de trabajo, que previa la existencia de diferencias estadísticamente significativas para el JVQ formato último año y a lo largo de la vida cuando se consideran las variables género y edad, se ha confirmado parcialmente. Por un lado, y en lo que concierne a la variable género, se confirmó la existencia de diferencias significativas entre los adolescentes del género masculino y femenino en cada uno de los formatos del instrumento, así como en los dos grupos.

Los resultados para el JVQ formato último año, indican que chicos y chicas del grupo normativo difieren en cuanto a la experiencia de victimizaciones. Los adolescentes del género masculino indican haber sufrido más experiencias de victimización por delitos comunes, en comparación con las adolescentes del género femenino que son quien relata más episodios de victimización por parte de la figura cuidadora. Con respecto al grupo forense, se ha comprobado que las chicas presentaron más experiencias de victimización practicadas por sus cuidadores, en comparación con los chicos del grupo normativo.

Pasando ahora al JVQ formato a lo largo de la vida verificamos que, en el grupo normativo, las diferencias entre chicos y chicas son significativas a nivel de la

experiencia de delitos comunes, malos tratos por parte del cuidador y victimización entre pares o hermanos. Los chicos han manifestado más experiencias de victimización en lo que respecta a la ocurrencia de delitos comunes, en cuanto las chicas han puntuado más alto en los módulos malos tratos y victimización sexual. En el mismo sentido van los resultados encontrados en el grupo forense, donde se han observado igualmente diferencias significativas entre los dos géneros en lo que toca a las experiencias de victimización. Fue en el módulo delitos comunes que las diferencias fueron significativas con los chicos a manifestar más situaciones de victimización de este tipo, comparativamente con las chicas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, cuando se analiza la variable género de los participantes, están en concordancia con los trabajos revisados (Ellonen et al., 2008; Collin-Vezina, Coleman, Milne, Sell y Daigneault, 2011; Finkelhor, et. al., 2005, 2009; Pereda et al., 2014b; Radford et al., 2013;). Los adolescentes del género masculino vivencian experiencias de victimización distintas de las adolescentes femeninas. Los chicos experimentan, tendencialmente, formas de victimización que envuelven más agresión física (ej., victimizaciones por delitos comunes o por parte de los pares), en cuanto las chicas son, con más frecuencia, víctimas de malos tratos por parte de la figura cuidadora o de victimizaciones de naturaleza sexual, o sea, víctimas de comportamientos agresivos encubiertos, o testigos de episodios violentos. Además, y tal como plantea Ellenon y colaboradores (2011), tales diferencias pueden eventualmente deberse al hecho de que, durante este periodo de tiempo, los chicos tienen más actividades en el exterior de sus hogares, en cuanto las chicas permanecen más en el hogar, lo que puede potenciar los comportamientos violentos, directos o indirectos, por parte del cuidador. Una otra explicación para esta cuestión puede residir en aspectos más biológicos, y consiguiente en la agresividad reactiva y proactiva que chicos y

chicas manifiestan (Andreu, Peña y Penado, 2012). Los resultados no son claros en lo que respecta a la cantidad de victimizaciones sufrida por ambos los géneros. En nuestro estudio las chicas sufrieron cumulativamente más episodios de violencia, comparativamente a los chicos, en los dos periodos de tiempo.

En lo que concierne a existencia de diferencias cuando se analiza la variable edad solo se han verificado diferencias significativas entre los adolescentes del grupo normativo, sea en la experiencia de victimización en el último año, sea durante toda la vida. En el JVQ formato último año, las diferencias ocurrieron en los módulos malos tratos por parte del cuidador, victimización sexual y testimonio o exposición a la violencia, siendo los adolescentes mayores (15-17 años) quien presentó puntuaciones más elevadas, comparativamente a los más jóvenes. Los adolescentes más jóvenes demostraron más victimizaciones relacionadas con el grupo de pares.

Todavía, en el JVQ formato a lo largo de la vida las diferencias ocurrieron en todas las dimensiones del cuestionario, en que los adolescentes mayores fueron quien reportó más experiencias de victimización.

Tal y como previsto, para el grupo normativo la edad resulta una variable significativa, en lo que concierne a la victimización en adolescencia. Los adolescentes, dependiendo de su edad, experimentan formas de victimización distintas. Los resultados encontrados están en línea con los de otras investigaciones revisadas (Finkelhor, et al., 2005; Pereda et al., 2014a; Radford et al., 2013). Así, los adolescentes más jóvenes manifestaron más formas de victimización por parte del grupo de pares, en cuanto los adolescentes mayores revelaron más victimización, de forma global. Este aspecto, asociado al hecho que, en todos los módulos los adolescentes mayores son quien relata más experiencias de victimización, lo que demuestra el efecto acumulativo de este tipo de experiencia.

Todavía, en lo que atañe al grupo forense, no se observaron diferencias significativas para esta variable, a pesar de previstas, admitiéndose que tal pueda deberse al tamaño reducido de la muestra. Este resultado va en contra a los de Pereda y colaboradores (2014b), en que fueron identificadas diferencias estadísticamente significativas en todas las formas de victimización estudiadas en una muestra de adolescentes institucionalizados. También aquí fueron los adolescentes mayores quien relato haber sufrido más formas de victimización durante su vida, bien así durante el último año. Este facto puede encontrar explicación a través de la teoría de las rutinas que postula que, con el transcurrir del tiempo, y conforme el individuo va creciendo, pasa a estar expuesto a nuevos contextos, más allá del familiar. Tal situación conlleva en si el riesgo de exposición a la violencia y a la práctica de comportamientos delincuentes (Finkelhor, Ormrod, Turner y Holt, 2009).

De acuerdo con el planteado en la hipótesis dos, donde se previa la existencia de diferencias estadísticamente significativas en ambos formatos del JVQ entre los dos grupos, esto se ha confirmado.

Los dos grupos difieren en lo que toca a la experiencia de victimización, con los adolescentes del grupo forense a presentaren, en ambos formatos y dimensiones del JVQ, mayor número de experiencias de victimización, comparativamente al grupo normativo. Conforme planteado, han ocurrido diferencias entre los dos grupos, así que estos resultados van en línea con los estudios revisados (Collin-Vezina et al., 2011, Cyr, et al., 2012; Pereda et al., 2014b; Vara y Sani, 2006). Los adolescentes pertenecientes a la población normativa difieren de los institucionalizados en distintos aspectos, uno de ellos es lo que aquí se analiza, las experiencias de victimización vividas. Los adolescentes del grupo forense estaban señalados como víctimas de alguna forma de violencia interpersonal, siendo que el 91% de los participantes contestaron al

cuestionario de modo afirmativo. Además, en todos los módulos y total de los cuestionarios, las diferencias de puntuaciones entre los dos grupos son, como mínimo, el doble en el grupo forense, lo que pese a que la dimensión de la muestra normativa sea más de 12 veces superior, demuestra bien la experiencia de victimizaciones por parte de los adolescentes del grupo forense.

Cabe destacar un otro aspecto que es la diversidad de formas de victimización sufridas. Los jóvenes, son victimizados tanto en contexto familiar como comunitario lo que es demostrativo del riesgo en que se encuentran. Tal hecho puede encontrar explicación en la falta de supervisión por parte de las figuras cuidadoras, en la ocurrencia de conflictos interparentales o en la exposición a violencia comunitaria. El ambiente en que el individuo se insiere puede ayudar a explicar el fenómeno de la victimización y justificar tales diferencias (Bronfenbrenner, 1986). Por todo esto, se concluye que el JVQ en sus dos formatos es un instrumento fiable y válido, de acuerdo con las dimensiones analizadas.

Por último y con respecto al tamaño del efecto de los factores género, edad y grupo de pertenencia en la victimización, se puede considerar que fueron bastante modestos, en su mayoría de pequeña magnitud. Con excepción de los factores edad, en ambos formatos del JVQ y del grupo de pertenencia de los participantes en el formato a lo largo de la vida, que han presentado un tamaño del efecto moderado en la victimización, los demás fueron pequeños o nulos. La baja magnitud del efecto en las dos muestras debe ser examinada con precaución, ya que carece ser comparada con otros estudios con características semejantes. Todavía, de los diversos estudios revisados, no se han encontrado referencias a este aspecto, lo que imposibilita por el momento, dicha comparación.

El procedimiento de adaptación y validación de la CYRM-28 ha pasado por estudiar su validez a través de modelos de análisis factorial exploratoria y confirmatoria, así bien la fiabilidad, a través del cálculo del coeficiente de *alpha* de Cronbach. El estudio psicométrico del instrumento en la población portuguesa ha revelado ciertas limitaciones sobre las cuales importa reflexionar.

Se inició el estudio de la CYRM-28 con un AFC, lo que permitió contrastar la estructura factorial de tres factores, propuesta por los autores del instrumento como preferencial para la comprensión del constructo de la resiliencia. A pesar de esta versión de la CYRM-28 aún no haber sido evaluada psicométricamente en la población portuguesa, la base teórica subyacente a la construcción del instrumento era sólida, lo que a llevado a esta tomada de decisión (RRC, 2009). Todavía, los resultados del AFC han demostrado un malo ajuste de los datos al modelo, ya que todos los valores de los índices elegidos, GFI, AGFI, NFI, TLI y CFI fueron inferiores a lo aceptable, con excepción del RMSEA y X^2/df .

El paso siguiente fue la realización de un AFE a través del método de componentes principales, que resultó en la identificación de ocho factores. Atendiendo a la distribución poco coherente de los ítems, además de presentaren saturaciones y pesos factoriales bajos o mismo nulos, se procedió a un nuevo análisis AFE, forzado a tres factores. Los resultados, una vez más se han demostrado desajustados, con la presencia de la mayoría de los ítems en un factor, existencia de correlaciones débiles o nulas entre algunos de los ítems, algunos pertenecientes incluso al mismo factor, y pesos factoriales bajos. Además, la varianza total explicada para los tres factores fue baja, solamente de 31.4%. Por todo eso, se optó por proceder a la exclusión de ítems que no contribuyeran a la estabilidad del instrumento, con base en criterios teóricos y estadísticos. Se han excluido 13 ítems, resultando en una versión reducida de 15 ítems, distribuidos

igualmente en cada factor. De señalar que en el estudio de RRC (2009) y Daigneault y colaboradores (2013), el análisis factorial con *eigenvalues* $< .1$ resultó no en ocho componentes, pero en ambos casos en siete. Esto se ha traducido en una mejoría de todos los índices de ajuste del modelo y por encima de los valores referencia (Hu y Bentler, 1999; Liebenberg, et al., 2012), así que se concluye que el modelo se encuentra estadísticamente ajustado a los datos.

Estudios previos de validación de la CYRM-28 en diferentes poblaciones han encontrado, de manera general, buenas propiedades psicométricas a nivel de la validez y fiabilidad de instrumento (Daigneault, et al., 2013; Ferreira, 2014; Liebenberg, et al., 2012; Zahradnik, et al., 2010). Sin embargo, la estructura factorial de cada una de las versiones ha sido diferente a nivel de la composición de los factores, una vez que existen ítems que han saturado en factores distintos. El estudio de validación de la CYRM-28 en población canadiense ha identificado 10 ítems que presentaron *loadings* en dos componentes distintos, los cuales quedaron al final en un determinado factor por fuerza del agrupamiento teórico con otros ítems del factor. Aun así, tres de esos ítems, a saber, 1, 15 y 28, no agruparon con ninguno de los demás, así que, con base en la fundamentación teórica, los autores han optado por agruparlos a un determinado factor (Liebenger, et al., 2012). Además, en la versión preliminar de validación de la CYRM-28 con población franco canadiense, los autores han excluido el ítem 5 “*Mis padres (cuidadores) me acompañan de cerca, saben a dónde estás y lo que haces la mayor parte de las veces?*” por la flaca correlación con otros ítems (con un coeficiente de correlación $< .5$). Todavía, los ítems 1, 3 y 28 no correlacionaron significativamente con ninguno de los componentes.

Zaharadnik y colaboradores (2010) han aplicado la CYRM-28 en una muestra de adolescentes nativos de Mi'kmaq y han encontrado igualmente problemas de

loadings con algunos de los ítems, caso de los ítems 7 y 22 que no saturaron en ninguno de los componentes, además, de estos cuatro obtuvieron *loadings* cruzados. Los autores excluirán los dos ítems para el sumatorio del instrumento.

Estas discrepancias a nivel de la validez pueden encontrar explicación en fluctuaciones o diferencias culturales que dificulten la interpretación en términos conceptuales y la comprensión del concepto de resiliencia por parte del adolescente. También en el estudio de Liebenberg y colaboradores (2012), los ítems 1 y 28 han presentado *loadings* bajos y negativos (.363 y -.233).

La fiabilidad de la CYRM-15 fue calculada a través del coeficiente de *alpha* de Cronbach para el total de la escala, así como para las sub-escalas. Los valores de *alpha* encontrados fueran aceptables para el total de la CYRM ($\alpha = .75$) y sub-escala individual ($\alpha = .70$), y flaco para las sub-escalas cuidador ($\alpha = .61$) y contextual ($\alpha = .48$). Liebenberg y colaboradores (2012) han calculado la consistencia interna de las sub-escalas del instrumento y han encontrado valores de *alpha* de .80, .83 y .79, respectivamente.

Zaharadnik y colaboradores (2010) han encontrado buenos índices de *alpha* de Cronbach, .90 para la CYRM total y $\alpha = .86$, $\alpha = .72$ y $\alpha = .79$ para las sub-escalas. Daigneault y colaboradores (2013) encontraron valores $\alpha = .82$, $\alpha = .76$, $\alpha = .63$ y $\alpha = .87$ para el total y respectivas sub-escalas. También Ferreira (2014), en su estudio, ha encontrado valores de *alpha* buenos, .88 para la CYRM total y $\alpha = .82$, $\alpha = .76$ y $\alpha = .72$ para cada uno de los módulos.

La validez de criterio fue testada a través de correlaciones entre la CYRM total y sus sub-escalas, y los resultados hallados indican asociaciones fuertes, por encima de .6, con excepción de la correlación entre los módulos individual y contextual. En otras investigaciones las intercorrelaciones variaron de moderado a fuerte (Ferreira, 2014;

Liebenberg et al., 2012), lo que indica que escala y sub-escalas evalúan el constructo de la resiliencia. Además, se correlacionó la CYRM-15 con una medida de sintomatología (EADS-21) y las correlaciones encontradas han sido todas significativas, entre débiles a moderadas y en el sentido esperado, o sea, correlaciones negativas. Tales resultados sugieren que la resiliencia puede funcionar como un elemento protector frente al desarrollo de sintomatología. Por otro lado, las correlaciones más débiles fueron todas con la sub-escala contexto. La varianza explicada por la CYRM-15 fue de 42.61%, un valor superior comparativamente a los demás estudios de validación, 40.45% para el estudio de Liebenberg y colaboradores (2012), 40.63% (Ferreira, 2014) y 39% de la varianza para el estudio de Daigneault y colaboradores (2013).

De destacar dos aspectos, primer la versión aplicada en nuestro estudio es la distinta de aquella que fue aplicada en los estudios citados. De lo que es de nuestro conocimiento, este es el primer estudio en que se utiliza la versión 2 de la CYRM. Como ya se ha referido a cuando de la descripción del instrumento, se trata de una versión con una escala de respuesta más corta (de tres puntos), frente a la versión 1 que es de cinco puntos. Además, la formulación de las cuestiones es ligeramente distinta, más sencilla en nuestro caso y destinada a adolescentes con menor competencia de lectura.

Con base en los estudios mencionados y que han servido para testar las calidades psicométricas de la CYRM-28, resulta evidente la existencia de ítems que no correlacionan entre sí, exhiben pesos factoriales débiles con los respectivos factores, o presentan pesos cruzados. Es igualmente transversal a todos los estudios que los ítems que más demuestran este comportamiento pertenecen a la sub-escala contexto, a pesar de no ser exclusivo de esta sub-escala. En nuestro estudio, los ítems 5, 15 y 28 se han

mantenido, pero los ítems 1, 7 y 22 se han excluido por presentaren *loadings* bajos y cruzados.

Con respecto a la validez discriminante de la CYRM-15, se estudiaron las diferencias de puntuación del total del cuestionario y de sus módulos según las variables género, edad y grupo de pertenencia. Este objetivo se ha concretado en las hipótesis 3 y 4 de este trabajo. Así, y siguiendo este raciocinio, se pasará a analizar dichas hipótesis.

Según lo previsto en la hipótesis tres, donde se consideraba la existencia de diferencias estadísticamente significativas para la CYRM-15 en los dos grupos para la variable género y edad, esto se ha confirmado parcialmente. Por un lado, y cuando se analiza la variable género, se verifica que los adolescentes de ambos grupos demostraron diferir entre sí en lo que respecta a su capacidad de resiliencia. Las adolescentes del grupo normativo demostraran mayor resiliencia asociada al contexto, comparativamente a los adolescentes del género masculino. Por otro lado, en el grupo forense fueron los chicos quién puntuó más alto en el módulo cuidador.

La socialización de niños y niñas se hace de modo distinto, lo que en si mismo puede significar la presencia de recursos personales distintos disponibles entre chicos y chicas, para afrontar situaciones traumáticas, como suelen ser las victimizaciones interpersonales. De lo que hemos discutido anteriormente, estés hallazgos pueden ser explicados por los propios datos encontrados en este estudio y ya mencionados. Chicos y chicas difieren en cuanto a las experiencias de victimización de grupo a grupo. Así, como se ha comentado anteriormente, las chicas son el grupo que presenta puntuaciones más elevadas a nivel de las victimizaciones por parte de la figura cuidadora, lo que puede suponer una relación afectiva más débil con esta figura y, por eso, como suelen sufrir menos victimizaciones de este tipo, los chicos mantienen una relación más positiva con las figuras cuidadoras. Por otro lado, en el grupo normativo fueron las

chicas quién presentó mejor capacidad de resiliencia contextual, lo que puede ser explicado porque, en teoría, el contexto normativo suele ser más estructurante y tener una función de mayor soporte comparativamente a contextos de mayor riesgo, donde los niños institucionalizados podrían haber vivido y por eso la mayor resiliencia por parte de las chicas.

Con relación a la variable edad, solo se han encontrado diferencias a este nivel en el grupo normativo. Así, los adolescentes de la muestra normativa han diferido en la capacidad de resiliencia, siendo los más jóvenes quien demostró mayor resiliencia en el total de la CYRM así como en todas sus dimensiones. Estos resultados corroboran los revisados en la literatura, a saber (Spouna y Wolke, 2013; Vara y Sani, 2006) y pueden encontrar explicación en la acumulación de eventos victimizantes que fruto de la mayor edad pueden enfrentar. La vivencia de un número mayor de eventos traumáticos, como es el caso de las victimizaciones interpersonales, constituye un factor de riesgo para el individuo. El enfrentamiento de situaciones de este tipo puede suponer mayor vulnerabilidad para un desarrollo positivo. Así, el contacto con situaciones de adversidad, fruto de más interacciones y contactos sociales que los adolescentes mayores suelen mantener, puede implicar una exposición más frecuente a eventos negativos y resultar en una disminución de la capacidad global para afrontar ese tipo de situaciones.

En la hipótesis cuatro, donde se previa la existencia de diferencias estadísticamente significativas para la medida CYRM-15 entre los dos grupos, tal no se ha confirmado. A pesar de que los dos grupos tienen características distintas, en particular en cuanto a la vivencia de situaciones de riesgo, ya que todos los adolescentes del grupo forense afirmaron haber sido víctimas de algún tipo de victimización, tal no se ha reflejado en su capacidad de resiliencia. Vara y Sani (2006), en un estudio

comparativo en que participaron dos grupos de adolescentes con características semejantes a los del presente estudio, han encontrado diferencias estadísticamente significativas a este nivel, con los adolescentes de la muestra normativa a presentaren mayor resiliencia que los señalizados como víctimas de violencia interparental, en el caso.

Sabemos que no importa la forma de victimización en sí misma para que ocurra un impacto en la vida de las víctimas, a pesar de existir algunas, caso del abuso sexual o de la victimización interparental por ejemplo, que resultan en peores resultados. Así sería expectable que adolescentes de cada uno de los grupos diferirán en la capacidad de resiliencia y adaptación demostrada. En este sentido, diversos estudios indican que la vivencia de situaciones de riesgo, como es la violencia interparental o cualquier otra forma de violencia, puede afectar la capacidad de resiliencia del individuo (Hughes, Graham Bermann y Gruber, 2001). Sin embargo, hay estudios que indican que, a pesar de la victimización ser en sí mismo un evento potencialmente traumático para el desarrollo del individuo, hay víctimas que presentan un buen ajustamiento en su vida, lo que podría ser el caso de las víctimas de nuestro estudio (Martinez-Torteya et al., 2009). Otra de las explicaciones para tal evidencia podrá residir en la débil capacidad discriminante del propio instrumento o en la dimensión reducida de la muestra forense, lo que podría influir en los resultados obtenidos.

A pesar de la CYRM-15 no haber discriminado las dos muestras en lo que respecta a la resiliencia de sus participantes, fueran alcanzados otros resultados que confirmaron este facto. Así, puede afirmarse que la CYRM-15, a pesar de tratarse de una versión reducida de la CYRM-28, es un instrumento que demuestra propiedades psicométricas razonables a nivel de la fiabilidad y validez de constructo, de contenido y discriminante y que podrá ser utilizada para la evaluación de la resiliencia.

Determinar la prevalencia de victimización en la población adolescente portuguesa ha sido uno de los objetivos que hemos considerado en este trabajo. Los resultados del presente estudio revelan tasas de prevalencia semejantes a las encontradas en otros estudios efectuados, particularmente en países europeos, caso de España.

Este ha sido el primer estudio realizado en Portugal en que se ha evaluado la victimización en adolescentes pertenecientes a población normativa y forense. Los resultados indican que, en la población normativa las tasas de prevalencia fueron 72.8% para el periodo a lo largo de la vida y 68.3% para el último año. Por otro lado, y cuando analizamos los resultados en el grupo forense, la prevalencia ha sido de 91.1% para las victimizaciones a largo de la vida, en cuanto para el último año fue de 89.5%. Estos resultados son similares a otros encontrados a nivel mundial con muestras de adolescentes normativas y clínicas (Cyr, 2013; Finkelhor et al., 2009; Pereda et al., 2014a; Pereda et al., 2014b; Radford, et al., 2013).

En España, las tasas identificadas para la población general fueron de 83% a lo largo de la vida y de 69% para el periodo referente a un año (Pereda et al., 2014). En Reino Unido las tasas fueron un poco inferiores para el periodo de un año, 57.1% y ligeramente superior para el periodo de toda la vida 83,7% (Radford et al., 2013). En Suecia, los valores rondan el 65% para el periodo referente al último año (Ellonen y Salmi, 2011). Ya en Estados Unidos, los valores más recientes sobre la totalidad de las victimizaciones fueron de 69.3% para el último año y 79.6% para toda la vida. Por último, en Canadá, los resultados indican tasas de prevalencia entre los 59% y 66% para el último año y entre 79% y 87% durante toda la vida.

Ya en lo que toca a la prevalencia en la muestra forense y a pesar de la dimensión reducida de la muestra, se puede, a través de los resultados alcanzados, tener una idea genérica de la victimización en este colectivo. Así, y cuando se estudia el

periodo de toda la vida, se ha identificado una prevalencia de 91.1%, en cuanto para el periodo referente al último año la tasa alcanzada fue de 89.5%. Los datos relacionados con este grupo son aún más escasos comparativamente al grupo normativo, pero en teoría se sabe que los niños y adolescentes institucionalizados presentan tasas de prevalencia superiores comparativamente a la población normativa, atendiendo a su historial de riesgo. Estos resultados van en línea con los encontrados en España, con un grupo de características idénticas a de nuestro estudio, en que un 100% de los adolescentes contestó haber sufrido algún tipo de victimizaciones a lo largo de la vida, en cuanto 84.2% afirmaron que tal ocurrió durante el último año. En Canadá, Cyr y colaboradores (2012) han encontrado tasas de victimización para un grupo de riesgo de adolescentes institucionalizados por encima de los 90% durante el último año.

A pesar de los participantes que conformaron parte del grupo forense estar señalizados como habiendo sufrido algún tipo de victimización en sus vidas, los resultados no confirman esa evidencia. Se admite como justificación que el joven no haya visto reflejadas en las cuestiones del JVQ su vivencia personal, o por otra parte, tal evidencia puede resultar del propio fenómeno de la deseabilidad social. Importa aún referir, como resultado de los datos recogidos, que las tasas de victimización observadas son superiores a las estadísticas oficiales, lo que confirma la sensibilidad del tema, sea por el temor de las víctimas en denunciar los hechos, sea por la dificultad en hacerlo, decurrente por veces de la dependencia al propio agresor (Kuoppamäki, Kääriäinen y Ellonen, 2011).

Para finalizar, se analiza el tamaño del efecto de los factores género, edad y grupo de pertenencia en la capacidad de resiliencia de los adolescentes. Para los factores género en el grupo normativo y grupo de pertenencia, el tamaño del efecto fue nulo. Solamente el factor edad ha influenciado la resiliencia de los adolescentes del grupo

normativo, con una magnitud entre pequeño en la sub-escala contextual ($\eta^2_p = .033$) y mediano, caso del total de escala ($\eta^2_p = .052$) y contexto ($\eta^2_p = .060$).

Estos resultados están en consonancia con estudios previos, véase el de Liebenberg y colaboradores (2012), que han identificado un tamaño del efecto pequeño entre edad, grupo étnico y resiliencia.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

La presente investigación doctoral tuvo como principales objetivos estudiar el fenómeno de la victimización en la adolescencia, su impacto a nivel del apareamiento de sintomatología psicopatología y resiliencia, así como también la prevalencia en adolescentes portugueses. Para el efecto, se procedió a la validación de los instrumentos *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) (Finkelhor, 2005), versión auto-relato, en cada uno de sus dos formatos, y la *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28), opción 2, siguiendo las recomendaciones de los autores para la validación de ambos instrumentos. De este modo, se puede concluir que el JVQ en sus dos formatos, presenta buena consistencia interna, en particular para el formato a lo largo de la vida y en el total del cuestionario.

A través de la determinación de la validez de criterio se ha verificado una asociación significativa entre victimización y sintomatología psicopatológica, lo que es indicativo de la capacidad predictiva del instrumento analizado.

En cuanto a la validez discriminante, también testada, permitió encontrar diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos muestrales, en cuanto a la experiencia de victimizaciones, según las variables género y edad, en particular en el grupo normativo. Ante todo lo expuesto, se considera que éste es un instrumento fiable y válido, con buenas características psicométricas, adecuado para la práctica clínica, pero también en contexto comunitario, capaz de detectar un amplio rango de victimizaciones, a que los adolescentes suelen estar expuestos en los distintos contextos de su vida.

Con relación a la CYRM-28, se trata de un instrumento reciente, destinado a evaluar la resiliencia en distintos contextos culturales, desde la infancia hasta la edad adulta. En el estudio psicométrico de validación, se ha testado la consistencia interna,

validez de criterio, de constructo y discriminante. La consistencia interna de la CYRM-15 es adecuada, en particular para el total del instrumento.

Se ha llegado a una versión final reducida de 15 ítems (CYRM-15), una vez que la versión original no ha revelado buenos índices de adaptación a los datos de la muestra. La CYRM-15 presenta buena consistencia interna global, a pesar de débil en los módulos. La validez de constructo fue comprobada resultando en una versión de tres factores, tal como la versión original, cada uno con cinco ítems. Al calcular la validez de criterio se verificó una asociación significativa negativa entre resiliencia y sintomatología psicopatológica. La validez discriminante del instrumento fue testada permitiendo identificar diferencias significativas en la capacidad de resiliencia de los adolescentes cuando se consideran el género, edad y grupo de pertenencia.

A pesar de la CYRM-15 presentar aceptables las calidades psicométricas, en particular en cuanto instrumento global de medida de la resiliencia, en nuestra opinión sería deseable proseguir su evaluación psicométrica. Así, consideramos que sería importante replicar este estudio con una nueva muestra para testar el comportamiento de la CYRM-28 y percibir si efectivamente hay ítems que necesitan ser eliminados en definitiva, o si los resultados se deben a cuestiones culturales que dificultan la comprensión de contenido por parte de los sujetos. Este deberá ser considerado, ante todo, un estudio preliminar de validación de la CYRM 28, opción 2, para la población adolescente portuguesa. La validación de un instrumento es un proceso dinámico y continuo, que depende, entre otros aspectos, de las características del contexto y de la propia muestra (Nunnally, 1988). Importa también referir que, y de lo que es de nuestro conocimiento, este es el primer estudio de caracterización de la población portuguesa adolescente, en lo que respecta a la globalidad de victimizaciones.

Se procuró estudiar el fenómeno de la victimización bajo un enfoque global, como tal, los datos que resultan de esta investigación, confieren una visión más completa sobre esta realidad, teniendo en consideración que se trata de relatos efectuados por la propia víctima.

Las tasas de prevalencia encontradas, sea en el caso de la muestra normativa sea de la muestra forense, en ambos periodos temporales estudiados, se revelan preocupantes, especialmente los resultados obtenidos en la muestra general, ya que cerca de siete de cada diez adolescentes de este grupo reportaron haber experimentado algún tipo de victimización a lo largo de sus vidas.

El presente estudio comprende algunas limitaciones sobre las cuales importa reflexionar, de manera a mejorarlo en futuras investigaciones. Así, consideramos que, a pesar de la preocupación en la selección aleatoria de la muestra normativa, el hecho de que la participación de los adolescentes, además de voluntaria, exigiera la autorización por parte de su responsable educativo (padres o cuidador), pueda haber resultado a que los alumnos más victimizados, por ejemplo, con menor supervisión parental, o también aquellos donde los conflictos y la violencia familiar este presente no hayan aceptado participar en el estudio.

También el hecho de que los protocolos de evaluación hubieran sido administrados en clase, en conjunto, es un aspecto que puede influir en los resultados obtenidos ya que los participantes pudieran temer por su privacidad y no contestar de forma genuina. Destacamos también la dificultad en sensibilizar a los centros educativos a participar en el estudio, cuando informados de la temática en causa. Ya en lo que respecta a la muestra forense, y por tratarse de una muestra de pequeñas dimensiones y de conveniencia, los datos deben ser analizados con precaución. Como es sabido, la

dificultad en acceder a este tipo de población es grande, lo que constituye un problema para la realización de cualquier estudio.

Como perspectivas de futuro, que resultan de la investigación realizada, consideramos que sería importante estudiar el efecto mediador de la resiliencia ante la victimización, y la manifestación de sintomatología psicopatológica. Para el efecto, y de manera a encontrar una relación de causalidad, sería conveniente la realización de un estudio longitudinal. Además, se considera de primordial interés conocer las tasas de prevalencia de polivictimización y su impacto a nivel de la sintomatología.

Por otra parte, será deseable seguir el estudio de la CYRM-28 y proceder a su aplicación en otra muestra de características idénticas a la del presente estudio, de modo a confirmar sus propiedades psicométricas.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. A. y Schutz, J. (1995). Sibling incest offenders. *Child Abuse and Neglect*, 19, 811-819.
- Aisa, H., de la Fuente Revuelta, A., Gárate, A. J.; Cuasante, G. T., Aguirre, G. J., Labayru, E. M., Garitano, L. J. M., et al. (2000). *Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo*. País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad.
- Aisenberg, E. y Herrenkohl, T. (2008). Community violence in context: Risk and resilience in children and families. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 296- 315.
- Almeida, A., Marinho, S., Esteves, C., Gomes, S. y Correia, I. (2008). *Virtual but not less real: A study of cyber bullying and its relations with moral disengagement and empathy*. Paper presented at 20th Biennial ISSBD Meeting, Würzburg (Germany), 13–17 July 2008.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Estudos e Monografias. Maia: Departamento de Publicações do Instituto Superior da Maia (Publismai).
- Almeida, I. S. B. (2012). Avaliação de Risco de Femicídio: Poder e Controlo nas Dinâmicas das Relações Intimas. Tese de Doutoramento: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa.
- Almeida, L. S., y Freire, T. (1997). *Metodologias da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, H. N., André, I., M. y Almeida, A. N. (2002). Os Maus Tratos às Crianças na Família. *Acta Médica*, 15, 257-267.
- American Professional Society on the Abuse of Children (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice guidelines*. Chicago, IL: APSAC.

- American Psychological Association. (1996). *Report from Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington, D.C.: Autor.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Penado, M. (2012). Análisis de la impulsividad en diferentes grupos de adolescentes agresivos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 441–452.
- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In Anthony, E. J. y Koupernick, C. (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 3-10). Nueva York: Wiley.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience. In Anthony, E. J. y Cohler, B. J. (Eds.), *The Invulnerable Child* (pp. 315-360). Nueva York: The Guilford Press.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (2011). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento* (8ª Ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arruabarrena, M. I., De Paúl, J., Indias, S. y Ullate, M (2013). Psychologists and child psychological maltreatment severity assessment. *Psicothema*, (25)4, 482-487.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, (2014). Estatísticas APAV relatório anual 2013. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, (2015). Estatísticas APAV relatório anual 2014. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, (2016). Estatísticas APAV relatório anual 2015. Lisboa: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. Porto: APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). Estatísticas APAV Crimes de homicídio (2000-2012). Lisboa: APAV.

- Azkargorta, A. P. y Ordoñez, M. M. (2011). Depresión y ansiedad hoy. Patología o normalidad? *Crítica*, 974, 25-30.
- Bardi, M. y Borgognini-Tarli, S. M. (2001). A survey on parent-child conflict resolution: Intrafamily violence in Italy. *Child Abuse and Neglect*, 25, 839–853.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, S., D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3): 483–524.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings: Bioecological Perspective on Human Development*. London: Sage Publications.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Byrne, B. M. (2004). *Structural equation modelling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cater, A. K., Andershed, A. K. y Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 38(8), 1290-1302.

- Caffaro, J. V. y Conn-Caffaro, A. (1998). *Sibling abuse trauma: Assessment and intervention strategies for children, families, and adults*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Calheiros, M., y Monteiro, M. B. (2000). Mau trato e negligência parental: Contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 34, 145-176.
- Calheiros, M. (2006). A construção social do mau trato e negligência: do senso-comum ao conhecimento científico. Coimbra: Imprensa de Coimbra, Ltd.
- Calmaestra, J. V. (2011). Cyberbullying: prevalencia y características de un nuevo tipo de bullying indirecto. Tesis Doctoral: Universidad de Córdoba.
- Cano-Vindel, A. (2011). La ansiedad, claves para manejarla. *Crítica*, 974, 31-36.
- Caridade, S. (2011). *Vivências íntimas violentas: uma abordagem científica*. Coimbra: Almedina.
- Caridade, S. y Machado, C. (2013). Violência nas relações juvenis de intimidade: uma revisão da teoria, da investigação e da prática. *Psicologia*, 27, 1, 91 - 113.
- Câmara, C. K., Graça, O., Costa, T. y Santos, J. C. (2015). Uma Década de Neonaticídios na Grande Lisboa: Contributos da Psicologia e Psiquiatria Forenses. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 8, 4-28.
- Canha, J. (2008). A Criança vítima de violência. In Machado, C. & Gonçalves, R. (2008). *Violência e vítimas de crime: Crianças*. Vol. 2, 3ª Ed., pp. 17 -37, Coimbra. Quarteto.
- Carmo, R, Alberto, I. y Guerra, P. (2006). *O Abuso Sexual de Menores: Uma Conversa sobre Justiça entre o Direito e a Psicologia* (2ªed.) Coimbra, Almedina.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales. *Política y Sociedad*, 43, 1, 27-42.

- Cerón, I. R. y Cruz, A. G. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18, 2, 261-272.
- Chan, K. L., Brownridge, D. A., Yan, E., Fong, D. y Tiwari, A. (2011) Child maltreatment polyvictimization: rates and short-term effects on adjustment in a representative Hong Kong sample. *Psychology of Violence* 1(1):4–15
- Chan, K., L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine*, 56, 3, 207–210.
- Chesther, K. L., Callaghan, M., Cosma, A., Donnell, P., Craig, W, Walsh, S. y, Molcho, M (2015). Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25, 2, 61–64.
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective (Special Article). *World Psychiatry*, 9, 145-154.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment: Risk, disorder, and adaptation. In D. Cicchetti, y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. Vol. 2, pp. 32-71.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. (2012). Gene X Environment interaction and resilience: Effects of child maltreatment and serotonin, corticotrophin releasing hormone, dopamine, and oxytocin genes. *Development and Psychopathology*, 24, 411-427.
- Cicchetti, D. y Toth S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.

- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Claussen, A. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 15, 5-18.
- Código Penal Português (2016) (6ª Ed.). Coimbra, Edições Almedina, S.A.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª Ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during one year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228–1235.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L. y Sell, J. y Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairments, and Resilience Among Child Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health Addiction*, 9, 577–589.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messes, J., Rutter, M., Shearer, C. y Maughan, J. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211-229.
- Convention on the rights of the child. Adopted by the General Assembly of the United Nations on 20 November 1989.
- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 29-48.

- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Costa, A. M. P. (2013). Violência na Fratria, Autoestima, Autoeficácia e Rendimento Académico. Tese de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro: Vila Real.
- Coutinho, C. P. (2014). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina.
- Cummings, J. G., Pepler, D. J., y Moore, T. E. (1999). Behavior Problems in Children Exposed to Wife Abuse: Gender Differences. *Journal of Family Violence*, 14, 2, 133-156.
- Cunningham, A. y Baker, L. (2004). *What about me. Seeking to Understand a Child's View of Violence in the Family*. London ON: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Cunningham, A., y Baker, L. (2007). Little eyes, little ears how violence against a mother shapes children as they grow. London ON: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M. E., Lessard, G., Wemmers, J., Collin-Vézina, D. et al. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youths. *Psychology of Violence*, 2, 4, 385-400.
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M. E., Lessard, G., Wemmers, J., Collin-Vézina, et al. (2013). Polyvictimization and victimization of children and youth: Results from a populational survey. *Child Abuse and Neglect*, 37, 10, 814-820.
- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P. y Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-

- 28) among samples of French Canadian youth. *Child Abuse and Neglect*, 37, 160-171.
- Daining, D. y DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29, 1158-1178.
- Davidson, J. (2007). Current practice and research into internet sex offending. *Risk Management Authority Research*.
- De Mause, L. (1991). *História de la infância*. Madrid, Alianza Universidad.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (2002). *Manual de protección infantil* (2ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Del Barrio, M. V., Mestre, M. V., Tur, A. M. y Samper, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57, 1, 5-20.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*, 100, 49-59.
- Del Barrio, V. (2011). Los trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. *Crítica*, 974, 37-41.
- Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Depressão*, 21, 6-11.
- Dempsey, A. G., Sulkowski, M. L., Nichols, R. y Storch, E. A. (2009). Differences between peer victimization in cyber and physical settings and associated psychosocial adjustment in early adolescence. *Psychology in the School*, 46, 10, 962-972
- Dias, A., Sales, L. y Hessen, J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *European Child Adolescence Psychiatric*, 24, 767-778.

- Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*. Porto, Edições Afrontamento.
- Díaz-Aguado, M. J. y Martinez, R. (2013). Peer bullying and disruption-coercion escalations in student-teacher relationship. *Psicothema*, 25, 2, 206-213.
- Díaz Huertas (2001). Maltrato infantil: Historia. Concepto. In Diaz Huertas, Casado, Garcia, Ruiz y Esteban. *Atención de Enfermería al maltrato infantil*. (pp. 135-144): Madrid: Instituto Madrileño Del Menor y la Familia.
- Dicionários Editora (2012). *Dicionário de Latim Português (4ª Ed.)*. Porto: Porto Editora.
- Direção-Geral da Política de Justiça (2015). Estatísticas oficiais da Justiça.
- Dubowitz, H., Pitts, S., S., Litrowinik, A. J., Cox, C. E., Runyan, D. y Black, M. M. (2005). Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse and Neglect*, 29, 493-511.
- Dubowitz, H. y Poole, G. (2012). Child Neglect: An overview. In *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Retirado de <http://www.child-encyclopedia.com/maltreatment-child/according-experts/child-neglect-overview> em 15 de janeiro de 2015.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos Medicina Forense*, 12, (43-44) ,75-82.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de violencia de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Sup), 139-146.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19, 2, 469-486.

- Ellison, N. y Boyd, D. (2013). Sociality through social network sites. In W. Dutton (Ed.). *The Oxford handbook of internet studies* (pp. 151–172). Oxford: Oxford University Press.
- Ellonen, N. y Pösö, T., (2011). Violence Experiences in Care: Some Methodological Remarks based on the Finnish Child Victim Survey. *Child Abuse Review*, 20, 197–212.
- English, D. J. y the LONGSCAN Investigators (1997). Modified Maltreatment Classification System (MMCS). For more information visit the LONGSCAN website at <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- English, D. J., Bangdiwala, S. I. y Runyan, D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: introduction. *Child Abuse and Neglect*, 29, 5, pp. 441–460.
- Espelage, D. y Swearer, S. (2009). A social-ecological model for bullying prevention and intervention: Understanding the impact of adults in the social ecology of youngsters. In S.R. Jimerson, S. M. Swearer, y D. L. Espelage (Eds.). *The international handbook of school bullying* (pp. 61-72). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Espelage, D. L. y Swearer, S. M. (2010). *Bullying in North American schools*. New York, NY: Routledge Press.
- Estevez, A., Villardón, Lourdes, Calvete, E., Padilla, P. y Orue, I. (2010). Adolescentes víctimas de cyberbullying: Prevalencia y características. *Psicología Conductual*, 18, 1, pp. 73-89.
- Faria, P. R. (2012). In J. d. Figueiredo Dias (dir.), *Comentário Conimbricense do Código Penal - Parte Especial*, Tomo I, Artigos 131º a 201º (2ª ed., pp. 298-385). Coimbra: Coimbra Editora.

- Fenoll, J. N. (2010). La instrucción y el enjuiciamiento de delitos causados por la violencia de género. *Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul*, 65, 153-214.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Reviews Public Health*, 26, 399-419.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 2, 177-193.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En Davis, R.C., Lurigio, A.J. y Herman, S. (Eds.) *Victims of Crime*. (pp. 9-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. *The Future of Children*, 19 (2), 169-194.
- Finkelhor, D. y Browne, (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 4, 530-541.
- Finkelhor, D. y Dziuba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*. 49, 163-183.
- Finkelhor, D. y Hashima, P.Y. (2001). The victimization of children and youth: a comprehensive overview. In: White SO, White SO (Eds). *Handbook of youth and justice*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp 49–78.
- Finkelhor, D. y Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: An appraisal. *Child Abuse and Neglect*, 8, 23-33.

- Finkelhor, D., Hamby, S., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse and Neglect*, 29, 383-412.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis I. A. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 1, 19-28.
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. In D., Cicchetti y S. L. Toth, *Developmental perspectives on trauma: Theory, Research, and Intervention* (pp. 1-32). New York: University of Rochester Press.
- Finkelhor, D., Mitchell, K. J. y Wolak, J. (2000). *Online victimization: A report on the nation's youth*. (Report): Nacional Center for Missing and Exploited Children.
- Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2001). *Homicides of Children and Youth*. Washington D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2005). Measuring polyvictimization using the juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7-2.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10, 1, 5-25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007a). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007b). Polyvictimization: A neglected component in child victimization. *Child, Abuse and Neglect*, 31, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. A. y Holt, M. (2009). Pathways to polyvictimization. *Child Maltreatment*, 14(4), 316-329.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A., Ormrod, R. K., y Hamby, S.L. (2011): Polyvictimization in Developmental Context. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4, 4, 291-300.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Ormrod, R. K. y Hamby, S. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics*, 124, 5, 1-13.
- Finkelhor, D. (2011). Prevalence of child victimization, abuse, crime and violence exposure. In J. W. White, M. P., Koss, y A. E. Kadzin (Eds.). *Violence against women and children: Mapping the terrain* (pp. 2-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Finkelhor, D., Turner, H. y Ormond, R. (2006). Kid's stuff: The nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1401-1421.
- Finkelhor, D., Turner, H. A. y Hamby, S. L. (2012). Let's prevent peer victimization, not just bullying. *Child Abuse y Neglect*, 36, 4, 271-274.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A. y Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *Journal of American Pediatrics*, 167, 7, 614-621.

- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A. y Hamby, S. L. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse. Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *Journal of American Pediatrics*, 168, 8, 746-754.
- Fitzgerald P. B, de Castella, A. R, Filia, K. M, Filia, S. L, Benitez, J. y Kulkarni, J. (2005). Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 169-74.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 3, 571-579.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Freire, A. C. y Figueiredo, B. (2006). Filicídio: Incidência e factores associados. *Análise Psicológica*, 4, 437-466.
- Fusco, R. A. y Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 249-256.
- Gail, J. (2010). Child sexual abuse: consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358-364.
- Garbarino, J. y Collins, C. C. (1999). The family with a whole in the middle. In Howard Dubowitz (Ed.), *Neglected Children: Research, Practice, and Policy* (1-23), Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search

- for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-74.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gilbert, M. D., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, L. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse and Neglect*, 33, 648-660.
- Greene, C. A., Ford, J. D., Wakefield, D. B. y Barry, L. C. (2014). Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults. *Child Abuse and Neglect*, 38(10), 1569-80.
- Guterman, N. B., Cameron, M. y Staller, K. (2000). Definitional and measurement issues in the study of community violence among children and youths. *Journal of Community Psychology*, 28, 571-587.
- Goldsteins, S. y Brooks, R. B. (2013). Why study resilience. In Goldsteins, S., and Brooks, R. B. (Eds), *Handbook of resilience in children* (2ª Ed.), (pp.3-14). New York: Springer.
- González-Lozano, M. P., Muñoz-Rivas, M. J., Peña, M. E. F., Gámez, M. y Fernández, L. (2007). Análisis de las conductas agresivas en las relaciones de noviazgo en

- una muestra juvenil de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 97-111.
- González-Lozano, M. P., Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2008). *Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E. y Corral, P (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16, 2, 207-225.
- Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. y Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 84-94.
- Grych, J. y Swan, S. (2012). Toward a More Comprehensive Understanding of Interpersonal Violence: Introduction to the Special Issue on Interconnections Among Different Types of Violence. *Psychology of Violence*, 2, 2, 105-110.
- Hart, S. N., Germain, R. B. y Brassard, M. R. (1987). The challenge: to better understand psychological maltreatment of children and youth. In M. R. Brassard, R. Germain and S. N. Hart (Eds), *Psychological Maltreatment of Children and Youth* (pp. 2-24). New York: Pergamon Press.
- Hart, S. N., Brassard, M. B., Davidson, H. A., Rivelis, E., Díaz, V. y Binggeli, N. J. (2011). Psychological maltreatment. In J.E.B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3ª Ed.) (pp. 125- 144). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hazel, N., Ghate, D., Creighton, S., Field, J. y Finch, S. (2003). Violence against children: Thresholds of acceptance for physical punishment in a normative

- study of parents, children and discipline. In E. Stanko (Ed.). *The meanings of violence* (pp. 49–68). London: Routledge.
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 1036-1039.
- Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: from case study to construct. *Child Abuse and Neglect*, 29, 5, 413-424.
- Hillis, S., Mercy, J., Arnobi, A. y Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137 (3).
- Hird, M.J. (2000). An empirical study of adolescent dating aggression in the U.K. *Journal of Adolescence*, 23, 69-78.
- Hirschtritt, M. E., Ordonez, A. E., Rico, Y. C. y LeWinn, K. Z. (2015). Internal resilience, peer victimization, and suicidal ideation among adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 415-419.
- Hoffman, K. I. y Edwards, J. N. (2004). An integrated theoretical model of sibling violence and abuse. *Journal of Family Violence*, 3, 185-201.
- Holt, S., Buckley, H., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, 21, 797-810.
- Holt, M. K. y Espelage, D. L. (2012). Cyberbullying Victimization: Associations with Other Victimization Forms and Psychological Distress. *Missouri Law Review*, 77, 3, 4.
- Holt, M. K., Finkelhor, D. y Kantor, G. K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse and Neglect*, 31, 503-505.

- Hope, T., Bryan, J. Trickett, A., y Osborn, D. R. (2001). The Phenomena of Multiple Victimization. *The British Journal of Criminology*, 41, 595-617.
- Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*. 19(4), 206-12.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1–55.
- Hughes, H. M., Graham-Bermann, S.A. y Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence. In S.A. Graham-Bermann y J.L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy* (pp. 67–90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, H. M. y Luke, D. A. (1998). Heterogeneity in adjustment among children of battered women. In G. Holden, R. Geffner, and E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 185-221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 562-569.
- Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A., Sanz, M., Cosgaya, L., Galíndez, E. y Munoz, A. (2008). Escala de Conflicto Interparental desde la Perspectiva de los Hijos (CPIC): Estudio de validación de una versión abreviada de 36 ítems - Children's Perception of Interparental Conflict Scales (CPIC): Validation study of a short version of 36 items. *Revista Iberoamericana de Diagnostico e Avaliação Psicológica*, 25, 9–34.

- Izaskun, O. y Calvete, E. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 279-292.
- Jackson, S. M., Cram, F. y Seymour, F. W. (2000). Violence and sexual coercion in high school student's dating relationships. *Journal of Family Violence*, 15, 23-36.
- Jackson, V., Browne, K. y Joseph, S. (2016). The prevalence of childhood victimization experienced outside of the family: findings from an English prevalence study. *Child Abuse and Neglect*, 51, 343-357.
- Jensen, M. J. y Frase, M. W. (2016). A Risk and Resilience Framework for Child, Youth, and Family Policy. In J. M. Jensen e M. W. Fraser. *Social Policy for Children and Families: A Risk and Resilience Perspective* (3ª Eds.) (pp. 5-21). California: SAGE Publications, Inc.
- Jones, L. M., Mitchell, K. J. y Finkelhor, D. (2012). Trends in youth Internet victimizations: Findings from three youth Internet safety surveys, 2000 – 2010. *Journal of Adolescent Health*, 50, 179-186.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D., Ware, H. S., Spiller, L. C. y Swank, P. R. (1998). Knives, guns, and interparental violence: Relations with child behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12, 178-194.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Slep, A.M. S., Heyman, R. E. y Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations and practice implications. *Violence and Victims*, 23, 221- 235.
- Juvonen, J. y Gross, E. F. (2008). Extending the school grounds? Bullying Experiences in Cyberspace. *Journal of School Health*, 78(9), 496-505.

- Kang, H. J. (2012). The impact of family environment-related factors on violence against adults in the family. *Journal of Family Violence*, 27(4), 303-312.
- Khan, R., y Cooke, D. J. (2008). Risk factors for severe intersibling violence: A preliminary study of a youth forensic Sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1513-1530.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an Understanding of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In M. D. Glantz and J. L. Johnson, *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* (pp.17-83). New York: Plenum Publishers.
- Karmen, A. (2013). *Crime Victims: An Introduction to Victimology* (8^a Eds.). Wadsworth, Cengage Learning: Belmont USA.
- Kassis, W., Artz, S., Scambor, C., Scambor, E. y Moldenhauer, S. (2013). Finding the way out: A non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse and Neglect*, 37, 181-199.
- Kazdin, A. E. (2011). Conceptualizing the challenge of reducing interpersonal violence. *Psychology of Violence*, 1, 3, 166-187.
- Kempe, C. H, Silverman, F. N, Steele, B. F, Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 9, 143-154.
- Kendal-Tackett, K., A., Williams, L., M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 1, 164-180.
- Kim J. Y., McHale, S. M., Crouter, A. C. y Osgood, D. W. (2007) Longitudinal linkages between sibling relationships and adjustment from middle childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 960–973.

- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226–235.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. y Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kolbo, J. R. (1999). Risk and Resilience Among Children Exposed to Family Violence. *Violence and Victims*, 11, 2, 113-128.
- Kuoppamäki, S. M., Kääriäinen, J. y Ellonen, N. (2011). Physical Violence Against Children Reported to the Police: Discrepancies Between Register-Based Data and Child Victim Survey. *Violence and Victims*, 26, 2, 257-268.
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J. y Marôco, J. (2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para Crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doença*, 10, 2, 277-284.
- Lei n.º 48/2007 de 29 de Agosto 15.^a alteração ao Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. y Arias, I. (2008). *Child definitions for public health and recommended data elements*. Centers for disease control and prevention. Atlanta: national center for injury version 1.0.

- Liebenberg, L., Ungar, M., y Van de Vijver, F. R. R. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) Among Canadian Youth with Complex Needs. *Research on Social Work Practice*, 22(2), 219-226.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- Löfving-Gupta, S. Lindblad, F., Stickley, A., Schwab-Stone, M. y Ruchkin, V. (2015). Community violence exposure and severe posttraumatic stress in suburban American youth: risk and protective factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 539-547.
- Lopes, M. J. y Milheiro, T. C. (2015). Crimes Sexuais. Análise Substantiva e Processual. Coimbra: Coimbra Editora (1ª Ed.).
- Luthar, S. S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857–885.
- Luthar, A. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 3, 543-562.
- Lynch, M. (2003). Consequences of Children's Exposure to Community Violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* (6), 4, 265-274.
- McDougall, P. y Vaillancourt, T. (2015). The long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: Pathways to adjustment and maladjustment. *American Psychologist*, 70, 300-310.
- Marôco, J. y Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Laboratório de Psicologia*, 4, 1, 65-90.

- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Ed.). Pêro Pinheiro, Report Number.
- Manly, J. T. (2005). Advances in research and definition of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 425-439.
- Manita, C., Ribeiro, C. y Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: Compreender para Intervir. Guia de Boas Práticas para Profissionais das Forças de Segurança*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Margolin, G. y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Margolin, G. y Gordis, E. B. (2004). *Children's Exposure to Violence in the Family and Community*. *American Psychological Society*, 13, 4, 152-155.
- Margolin, G., Vickerman, K. A., Oliver, P. O. y Gordis, E. B. (2010). Violence Exposure in Multiple Interpersonal Domains: Cumulative and Differential Effects. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 198–205.
- Margolin, G., Vickerman, K. A., Ramos, M. C., Serrano, S. D., Gordis, E. B., Iturralde, et al. (2009). Youth exposed to violence: Stability, co-occurrence, and context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, (1), 39-54.
- Martinez, A. R. y Paul, J. O. (1993). *Maltrato y Abandono en la Infancia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Martinez, P. y Ritchers, J. E. (1993). The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 56(1):22-35.
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A. y Levendosky, A. (2009). Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Child Development*, 80, 2, 562-577.

- Martins, V. A. M. (2012). Prevalência de abuso sexual de crianças numa amostra portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa: ISPA.
- Masten, A. S., (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56, 3, 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493-506.
- Masten, A. S. y Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220.
- Masten, A. y Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Dvelopment. *Annals New York Academy of Sciences: New York Academy of Sciences* - 13-27.
- Masten, A. S. y Obradović, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1): 9.
- Masten, A. S. y Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In Luthar, S. S. (Ed.), *Resilience and vulnerabilities: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25). New York: Cambridge University Press.
- Masten, A. S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in Development psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24, 344-361.
- Mateus, M. I. S. M. (2012). Prevalência de abuso sexual em crianças portuguesas. Tese Mestrado. Lisboa: ISPA.

- Meadow, R. (1989). ABC of Child Abuse. Epidemiology. *British Medical Journal*, 298, 727-730.
- Makepeace, J. M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations*, 30, 1, 97-102.
- McAlinden, A. (2013). Grooming and the sexual abuse of children: Implications for sex offender assessment, treatment and management. *Sexual Offender Treatment*, 8(1).
- Mohammad, E. T., Shapiro, E. R., Wainwright, L., D., y Carter, A. S. (2015). Impacts of Family and Community Violence Exposure on Child Coping and Mental Health. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 203-215.
- Montano, T. (2011). *Guia de Orientações para os Profissionais da Educação na Abordagem de Situações de Maus tratos ou outras Situações de Perigo*. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.
- National Center for Child Abuse and Neglect (1981). *National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect*. 81-30325. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Navarro, R., Yubero, S., Larrañaga, E. y Martinez, V. (2012). Children's Cyberbullying Victimization: Associations with Social Anxiety and Social Competence in a Spanish Sample. *Child Indicators Research*, 5, 281-295.
- Nguyen, T. y Larsen, S. (2012). Prevalence of children witnessing parental violence. *Review of European Studies*, 4, 1, 148-154.
- Norman, R. E., Munkhtsetseg, B., De., R., Butchart, A., Scott, J. y Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9, 11, 1-31.

- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1988). *Psychometric theory* (3ª Ed). São Paulo: McGraw-Hill.
- Ochotorena, J. P. (1999). El maltrato psicológico infantil. Child psychological abuse. *Escritos de Psicología*, 3, 29-37.
- Ojeda, F. de la C., González, G. T. y Gómez de Terreros, I. (2006). Síndrome de Munchausen por poderes. Munchausen Syndrome by proxy. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 47-55.
- Oliver, C. y Candappa, M. (2003). *Tackling Bullying: Listening to the views of Children and Young People*. Department for Education and Skills, Nottingham.
- Oliver, P. H. y Spies, L. A. (2009). Youth Exposed to Violence: Stability, Co-occurrence, and Context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 39–54.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford. UK: Blackwell.
- Olweus, D. (1995). Bullying or Peer Abuse at School: Facts and Intervention. *American Psychological Society*, 4, 6, 196-200.
- Olweus, D. (2003). A Profile of Bullying at School. *Educational Leadership*, 3, 12-17.
- Olweus, D., y Limber, S., P. (2010). Bullying in School: Evaluating and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (1), 124-134
- Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: 2000.
- Ortega, R., Elipe, P., Mora-Marchán, J. A., Calmaestra, J. y Vega, E. (2009). The Emotional Impact on Victims of Traditional Bullying and Cyberbullying: A Study of Spanish Adolescents. *Journal of Psychology*, 217(4), 197–204.

- O'Keefe, M. (1997). Adolescents' Exposure to Community and School Violence: Prevalence and Behavioral Correlates. *Journal of Adolescent Health*, 20, 368-376.
- Ortega, R., Calmaestra, J. y Mora-Merchán, J. A. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 183-192.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 3, 161-170.
- Peixoto, A. C. R. (2012). Propensão, experiências e consequências da vitimização: representações sociais. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, (2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. Abad, J. y Guilera, G. (2012). *Victimologia del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada – Generalitat de Catalunya.
- Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2014). *Victimización en jóvenes de protección a la infancia y la adolescencia y de justicia juvenil*. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada y Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

- Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014a). Victimization infanto-juvenil en España: Una Revisión sistemática de estudios epidemiológicos. *Papeles del Psicólogo*, 35, 1, 66-77.
- Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014b). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 38, 640-649.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328–38
- Pinheiro, P. S. (2006). *Informe Mundial Sobre la Violencia Contra los Niños y Niñas*. Nueva York: UNICEF.
- Pinto de Albuquerque, P. (2015). Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (3.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. y Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, Depressão e Stress: um estudo com jovens adultos Portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163.
- Pritchard, C. y Bagley, C. (2001). A decade of child homicide and assailant suicide and perpetrator suicide of child sex abusers. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 3, 269-286.
- Pritchard, C. y Sayer, T. (2008). Exploring Potencial “Extra-Familial” Child Homicide Assailants in the UK and Estimating their Homicide Rate: Perception of Risk – The Need for Debate. *British Journal of Social Work*, 38, 290-307.
- Pritchard, C. y Bagley (2001). Suicide and murder in child murderers and child sexual abusers. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 2, 269-286.

- Pritchard, C. y Sayer, T. (2008). Exploring Potential 'Extra-Familial' Child homicide Assailants in the UK and Estimating their Homicide Rate: Perception of Risk—The Need for Debate. *British Journal of Social Work*, 38, 2, 290-307.
- Radford, L, Corral, S. Bradley, C. y Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse and Neglect*, 37, 801-813.
- Relva, I. C., Fernandes, O. M., Alarcão, M. y Martins, A. Q. (2014). Estudo Exploratório sobre a Violência entre Irmãos em Portugal. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27 (2), 398-408.
- Richman, J. M. y Fraser, M. W. (2001). Resilience in Childhood: The Role of Risk and Protection. In M. J. M. Richman and W. Fraser (Eds.). *The Context of Youth Violence: Resilience, risk, and protection* (pp.1-12). Westport, CT.: Praeger.
- Resilience Research Centre (2009). *The Child and Youth Resilience Measure-28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
- Rutter M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626–631.
- Rutter M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-44.
- Saltzman, L., E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M. y Shelley, G. A. (1999). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. (Version 1.0). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta: Georgia.
- Sameroff, A. J. (1998). Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics*, 102, 1286-1293.

- Sammons, A. (2009). Problems in Defining Crime. Retrieved from http://www.psychlotron.org.uk/newResources/criminological/A2_AQB_crim_problemsDefiningCrime.pdf
- Sani, A. I. (1999). As vítimas silenciosas: a experiência de vitimação indirecta nas crianças. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 247-257.
- Sani, A. I. (2002). Crianças expostas à violência interpaparental. In R. A. Gonçalves e C. Machado (orgs.). *Violencia e vítimas de crimes Vol. II*, pp 95-131. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sani, A. I. (2003). As crenças, o discurso e a acção: as construções de crianças expostas à violência. Tese de Doutoamento. Braga: Universidade do Minho.
- Sani, A. I. (2011). Crianças vítimas de violencia - representações e impacto do testemunho. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Sanmartín, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel. Schnabel.
- Sanmartín, J. (2006). Qué es esa cosa llamada violencia. *Boletín Diario de Campo*, Noviembre/Diciembre.
- Sanmartín, J. (2007). Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de violencia. *Revista de Filosofía*, 42, 9-21.
- Santos, A. T. (2010). Do crime de subtracção de menor nas “novas” realidades familiares. *Julgar (especial)*, 12, 221-252.
- Save the Children (2004). *Kiddanet: el Uso Seguro de Internet para los Niños*. Madrid: Save the Children.
- Save the Children (2015). *Violencia contra la infancia. Hacia una estrategia integral*. Madrid: Save the Children.

- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. y Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 9, 1040-1049.
- Segura, A., Pereda, N., Abad., J. y Guilera, G. (2015).Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F. y Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Silva, M. A. D. (2000). Quem ama não adoece – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. (1ª Ed.). Lisboa: Editora Pregaminho.
- Sistema de Segurança Interna (2011). Relatório Anual de Segurança Interna. Disponible en: http://www.portugal.gov.pt/media/555724/2012-03-30_relato_rio_anual_seguran_a_interna.pdf.
- Sistema de Segurança Interna (2012). Relatório Anual de Segurança Interna. Disponible en: http://www.portugal.gov.pt/media/904058/20130327_RASI%202012_vers%C3%A3o%20final.pdf
- Sistema de Segurança Interna (2013). Relatório Anual de Segurança Interna. Disponible en: <http://www.portugal.gov.pt/media/1391220/RASI%202013.pdf>
- Sistema de Segurança Interna (2014). Relatório Anual de Segurança Interna. Disponible en:https://www.parlamento.pt/Documents/XIILEG/Abril_2015/relatorioseginterna2014.pdf
- Sistema de Segurança Interna (2015). Relatório Anual de Segurança Interna. Disponible en: <http://www.portugal.gov.pt/media/18859123/20160331-rasi-2015.pdf>

- Slonje, R. y Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 147–154.
- Smith, P.K. (1999). England and Wales. In P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano y P. Slee (Eds), *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. (pp.68-90). London, UK: Routledge.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M. Fisher, S. Russell, S. y Tippett, N. (2008). Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 4, 376-385.
- Smith, P. K. y Ananiadou, K. (2003). The Nature of School Bullying and the Effectiveness of School-Based Interventions. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 2.
- Soeiro, C. B. (2002). Caracterização e estratégias de entrevista em situação de intervenção. In *Abuso sexual de menores*. 67-76. Cidade Solidária, Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Soeiro, C. B. (2009). Perfis criminais e crime de abuso sexual de crianças. Caracterização de uma tipologia para a realidade portuguesa. *Ousar integrar*, 2, 4, 49-63.
- Solberg, M. E. y Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 239–268.
- Soler, L., Paretilla, C., Kirchner, T. y Forns, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(11), 645-653.
- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T. y Forns, M. (2013). Poly-victimization and Risk for Suicidal Phenomena in a Community sample of Spanish Adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899-912.

- Soler, L. (2014). Poly-victimization and its association with protective and vulnerability variables in adolescence: The mediating role of self-esteem. Tesis Doctoral: Universitat de Barcelona.
- Soler, L., Forns, M., Kirchner, T. y Segura, A. (2015). Relationship between particular areas of victimization and mental health in the context of multiple victimization in Spanish adolescents. *European Child Adolescence Psychiatry*, 24, 417-425.
- Souza, S. B. (2011). Cyberbullying: Estudo exploratório sobre as perspectivas acerca do fenómeno e das estratégias de enfrentamento com jovens universitários portugueses. Tese de Mestrado: Universidade Nova de Lisboa.
- Stevens, K. I., Schneiderman, J. U., Negriff, S., Brinkmann, A. y Trickett, P. (2015). The whole picture: Child maltreatment experiences of youths who were physically abused. *Child Abuse and Neglect*, 43, 30-41.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 14, 13–29.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn M. H., Euser, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Ijzendoorn M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (48), 345–355.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J, Alink, L. R. A. y van Ijzendoorn M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50.

- Teten, A. L., Ball, B., Valle, L., A., Noonan, R. y Rosenbluth, B. (2009). Considerations for the definition, measurement, consequences, and prevention of dating violence victimization among adolescent girls. *Journal of Women's Health*, 18, 7, 923-927.
- Tamarit, J. M., Luque, E. R., Guardiola, M. J. L., y Echeverría, S. S. (2012). La Victimització de migrants a Catalunya. *Revista Catalana Seguretat Pública*, 3, 117-140.
- Timoshenko, S. P. (1953). *History of strength of materials: With a brief account of the history of theory of elasticity and theory of structures*. New York: McGraw-Hill.
- Thompson, M. P., Kingree, J. B. y Desai, S. (2004). Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: Data from a nationally representative survey. *American Journal of Public Health*, 94(4), 599–604.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you Home from School: A Critical review and Synthesis of Research on Cyberbullying Victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287.
- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J. y Peckins, M. (2011). Child Maltreatment and Adolescent. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 3 – 20.
- Tucker, C. J., Cox, J., Sharp, E. H., Van Gundy, K., Rebellon, C. y Stracuzzi, N. (2013). Sibling proactive and reactive aggression in adolescence. *Journal of Family Violence*, 28, 299-310.
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Shattuck, A. M. y Turner, H. (2013). Prevalence and correlates of sibling victimization types. *Child Abuse and Neglect*, 37 (2013) 213– 223.

- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. y Shattuck, A. M. (2014). Family Dynamics and Young Children's Sibling Victimization. *Journal of Family Psychology*, 28, 5, 625–633.
- Unicef (1999). *El Innocenti Digest 2 Niños y Violencia*. Siena: Art Grafiche Ticc.
<https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest2s.pdf>
- Unicef (2004). A Convenção Sobre os Direitos das Crianças.
http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Unicef (2012). Convenção sobre os Direitos da Criança,
http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Ungar, M. (2003). Qualitative contributions to resilience research. *Qualitative Social Work*, 2(1), 85-102.
- Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth and Society*, 35(3), 341-365.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Orthopsychiatric Association*, 81, 1, 1-17.
- Ungar, M. (2012). *Social Ecologies and Their Contribution to Resilience*, in *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice* (Ed. M. Ungar), Springer: pp. 13-31.
- Vara, M. y Sani, A. I. (2006) Estudo da resiliencia em crianças vítimas de violência interparental. Tese Licenciatura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Vara, M. y Andreu, J. M. (2011). Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 51-65.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. London: Cornell University Press.
- Wiehe, V. R. (1997). *Sibling abuse: Hidden physical, emotional and sexual trauma*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Widom, C. S. (2014). Long term consequences of child maltreatment. In J. E. Korbin y R.D. Krugman (Eds) *Handbook of Child Maltreatment*. (pp. 225-247). New York: Springer.
- Wiehe, V. R. (1998). *Understanding family violence: Treating and preventing partner, child, sibling, and elder Abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wiehe, V. R. (2002). *What parents need to know about sibling abuse*. Utah: Bonneville Books.
- Willard, N. (2005). *Educator's Guide to Cyberbullying and Cyberthreats*. Disponible en: <http://new.csriu.org/cyberbully/docs/cbcteducator.pdf>
- Willard, N. (2006). *Cyberbullying and Cyberthreats. Effectively Managing Internet Use Risks in Schools*. Disponible en: <http://new.csriu.org/cyberbully/docs/cbctpresentation.pdf>
- World Health Organization (1996). *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva: WHO publications.
- World Health Organization (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneve: WHO publications.
- Wolak, J., Mitchell, K. J. y Finkelhor, D. (2006). *Online Victimization: 5 Years Later*. Alexandria, Virginia: National Center for Missing and Exploited Children.

- Wright, E. M., Fagan, A. A. y Pinchevsky, G., M. (2013). The effects of exposure to violence and victimization across life domains on adolescents substance use. *Child Abuse and Neglect*, 37, 899-909.
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Wolak, J. y Finkelhor, D. (2006). Examining characteristics and associated distress related to Internet harassment: Findings from the second youth Internet safety survey. *Pediatrics*, 118, (4), 1169-1177.
- Ybarra, M. L., Espelage, D. L., y Mitchell, K. J. (2007). The co-occurrence of Internet harassment and unwanted sexual solicitation victimization and perpetration: Associations with psychosocial indicators. *Journal of Adolescent Health*, 41(6 Suppl 1), S31-41.
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Stevens, D., Ungar, M. y Wekerle, C. (2010). Resilience Moderates the Relationship Between Exposure to Violence and Posttraumatic Reexperiencing in Mi'kmaq Youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 408-420.
- Zimmerman, G., M. y Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1-17.
- Zimmerman, G., M. y Posick, C. (2016). Risk Factors for and Behavioral Consequences of Direct Versus Indirect Exposure to Violence. *American Journal of Public Health*, 106, 178-188.
- Zuravin, S. J. (1999). Child neglect: A review of definitions and Measurement Research. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*, pp 24-46. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de Victimización Juvenil

Versión auto-relato - Formato último año y a lo largo de la vida
(Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2005)

En seguida serán presentadas algunas cuestiones acerca de situaciones que pueden haber ocurrido contigo en el **último año o a lo largo de tu vida (desde que naciste hasta el día de hoy)**.

Tus respuestas son **anónimas y confidenciales**, así que por favor contesta con sinceridad y lee atentamente para que no dejes ninguna cuestión por contestar.

1	2	3	4	5	No
1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	Ninguna vez

Parte A

Las cuestiones que se siguen están relacionadas con acontecimientos que **puedes ter vivido** en el **último año o a lo largo de tu vida**. Señala con un **cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	No
1. En el último año, alguien ha usado la fuerza para quitarte algo (robar) que llevabas o vestías?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, alguien te ha quitado alguna cosa (hurtar) y no te la ha devuelto? Cosas como una mochila, dinero, un reloj, una bicicleta, o alguna otra cosa?.	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
3. En el último año, alguien ha roto o estropeado alguna cosa tuya a propósito?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
4. A veces la gente es atacada CON palos, piedras, pistolas, cuchillos u otras cosas que pueden hacer daño. En el último año, alguien te ha atacado a propósito CON un arma u otro objeto, en lugares como en casa, la escuela, una tienda, un coche, la calle o algún otro lugar?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
5. En el último año, alguien te ha atacado SIN usar armas u otros objetos?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
6. En el último año, alguien empezó a atacarte pero, por alguna razón, este ataque no acabó pasando? Por ejemplo, alguien te ayudó o lograste huir?.	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
8. Cuando una persona es raptada significa que alguien que él/ella cree que podría hacerle daño, la obliga a ir a algún sitio, como entrar en un coche. En el último año, ¿alguien ha intentado secuestrarte?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
9. En el último año, te han golpeado o atacado por tu color de piel, religión, la procedencia de tu familia, por algún problema físico que tienes o porque alguien dijo que eras homosexual?						No
Y a lo largo de tu vida?						No

Parte B

Las cuestiones que se siguen están relacionadas con las **personas que cuidan de ti**, por ejemplo, tus **padres**, una **babysitter** (ama), **adultos que viven contigo** u **otras personas que cuidan de ti**.

Señala con un **cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	No
1. Sin incluir los azotes en el culo, en el último año, algún adulto te ha golpeado, pegado, dado patadas o te ha hecho daño físico de alguna forma?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, te has sentido asustado o realmente mal porque algún adulto de tu entorno te ha insultado, te ha dicho cosas malas o crueles o ha dicho que no te quería?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
3. Cuando alguien sufre un trato negligente, quiere decir que los adultos con los que vive no lo cuidan como deberían. Puede ser porque no le dan suficiente comida, porque no lo llevan al médico cuando está enfermo, o no se aseguran de que tenga un sitio seguro para estar. En el último año, ¿has recibido un trato negligente?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
4. Algunas veces las familias se pelean sobre dónde tienen que vivir los hijos(as). En el último año, uno de tus padres te ha apartado, mantenido alejado o escondido del otro? En el último año, alguna vez uno de tus padres te mantuvo afastado o te ha escondido del otro?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No

Parte C

Las cuestiones que se siguen están relacionadas con situaciones que pueden ocurrir en tus relaciones, con tus **amigos**, o con tus **hermanos**.

Señala con un **cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	No
1. Algunas veces, grupos de chicos(as) o bandas atacan a la gente. En el último año, algunos de estos grupos te ha golpeado, asaltado o atacado?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, te ha golpeado algún otro chico(a) ("diferentes de los de la pregunta anterior"), incluyendo a tus hermanos o hermanas? En lugares como por ejemplo en tu casa, la escuela, en una tienda, o en otro lugar.	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
3. En el último año, algún chico(a) ha intentado hacerte daño en tus partes íntimas golpeándote o pegándote una patada?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
4. En el último año, algún niño(a), incluyendo a tus hermanos o hermanas, se ha metido contigo persiguiéndote, estirándote del pelo o la ropa u obligándote a hacer algo que no querías?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
5. En el último año, te has asustado o te has sentido realmente mal porque otros chicos(as) te insultaban, te decían cosas desagradables decían que no te querían con ellos(as)?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
6. En el último año, alguna vez un novio(a) tuyo, u alguien de quien gastabas te ha dado una bofetada o te ha batido?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No

Parte D

Las cuestiones que se siguen están relacionadas con situaciones que pueden ocurrir en tus **relaciones íntimas**.

Señala con **un cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	NO
1. En el último año, algún adulto QUE CONOCÍAS te ha tocado tus partes íntimas (órganos genitales) sin que tú lo quisieras o te ha obligado a tocárselas? O algún adulto QUÉ CONOCÍAS te ha forzado a mantener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, algún adulto QUE NO CONOCÍAS te ha tocado tus partes íntimas sin que tú lo quisieras o te ha obligado a tocárselas? ¿O algún adulto QUE NO CONOCÍAS te ha forzado a mantener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
3. Ahora piensa en chicos o chicas de tu edad, por ejemplo compañeros o compañeras de colegio, parejas o chicos o chicas con los que has salido, o incluso hermanos o hermanas. En el último año, alguno de estos chicos o chicas te ha obligado a realizar actos sexuales? (Por ejemplo, relaciones sexuales, masturbación, caricias en las zonas genitales, exhibicionismo u otro)?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
4. En el último año, alguien te ha obligado a mirar sus partes íntimas utilizando la fuerza o exhibiéndolas por sorpresa?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
5. En el último año, ¿alguien HA INTENTADO forzarte a mantener relaciones sexuales completas, es decir, con penetración de cualquier tipo, incluso si no llegaron a suceder?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
6. En el último año, alguien ha herido tus sentimientos diciendo o escribiendo alguna cosa sexual sobre ti o sobre tu cuerpo?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
7. En el último año, tuviste algún contacto sexual con alguien con 18 años o más viejo, mismo sin teneres voluntad?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No

Parte E

A veces estas cosas no te han pasado a ti, pero puede que **hayas visto** cómo les pasaban a otras personas que hacen parte de tu vida, en la vida real. Es decir, no en la televisión, ni en un videojuego, ni en una película, ni algo que sólo has escuchado.

Señala con **un cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	No
1. En el último año, HAS VISTO a alguno de tus padres ser golpeado por el otro/a, o por su pareja? ¿Algo como una bofetada, un puñetazo o una paliza?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, HAS VISTO a alguno de tus padres pegar, golpear, dar patadas o herir físicamente a tus hermanos o hermanas?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
3. En el último año, HAS VISTO en la vida real a alguien ser atacado a propósito CON un palo, una piedra, una pistola, un cuchillo u otro objeto que podría hacer daño? En lugares como: tu casa, la escuela, una tienda, un coche, la calle u otro lugar.	1	2	3	4	5	No

Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
4. En el último año, HAS VISTO en la vida real a alguien siendo atacado o golpeado a propósito SIN utilizar palos, piedras, pistolas, cuchillos u otros objetos?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
5. En el último año, alguien ha robado de tu casa algo que pertenecía a alguien de tu familia o a alguien que viviese con vosotros? Algo como la televisión, el equipo de música, el coche o alguna otra cosa.	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
6. Cuando alguien es asesinado, significa que lo han matado a propósito. En el último año, alguien cercano a ti, como un amigo, vecino o familiar ha sido asesinado?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
7. En el último año, HAS VISTO a alguien en la vida real (no en la televisión, videojuegos o películas) ser asesinado?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
8. En el último año, has estado en algún lugar en la vida real donde pudieras ver u oír cómo disparaban a personas, caían bombas o había disturbios en las calles?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
9. En el último año, has estado presente en alguna guerra donde pudieras escuchar combates reales con armas o bombas?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No

Por último, te preguntaremos sobre cosas que te han podido pasar a ti **a través de Internet**.
Señala con un **cruce (X)** tus respuestas.

	1	2	3	4	5	No
1. En el último año, alguien ha usado Internet para molestarte o acosarte, o para divulgar o enviar a otra persona fotografías o videos malos o crueles sobre ti?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No
2. En el último año, alguien ha usado Internet para hacerte preguntas sexuales sobre ti o ha intentado hablar online contigo sobre sexo cuando tu no querías hablar de esas cosas?	1	2	3	4	5	No
Y a lo largo de tu vida?	1	2	3	4	5	No

Gracias por tu colaboración!

ANEXO 2

Traducción

The Resilience Research Centre

A rellenar por el centro /servicio
Número de cliente:
Identificación del local:
Número de los datos:
Fecha de inicio de la curatela:

Evaluación de la capacidad de resiliencia de niños y jóvenes

Instrucciones

La lista que sigue a continuación comprende algunas cuestiones sobre ti, tu familia, tu comunidad y tu relación con las personas. Estas cuestiones fueron elaboradas para ayudarnos a comprender cómo te desenvuelves en tu vida cotidiana y el papel que las personas de tu entorno desempeñan en el modo como lidias con tus desafíos diarios.

No hay respuestas correctas ni INCORRECTAS

Parte A

Por favor contesta a las siguientes cuestiones

- 1- Cuál es tu fecha de nacimiento? _____
- 2- Cuál es tu sexo? _____
- 3- Cuál es el nivel de enseñanza más elevado que has concluido? _____
- 4- Con quién vives? _____
- 5- Hace cuanto tiempo que vives con esa persona?

- 6- En los últimos 5 años, cuantas veces has cambiado de casa/habitación?

7- Por favor, describe quien consideras ser tu familia (por ejemplo, un o ambos padres biológicos, hermanos, amigos de la calle, una familia de acogida, una familia de adopción, etc.).

8- Muchas veces, las personas son descritas como pertenecientes a un determinado grupo racial. De cuál de los siguientes grupos haces parte? (marca o señala el grupo que mejor te describe).

- ☐ Autóctono o nativo
- ☐ Sur-asiático (p. ej., indiano, paquistaní, penjabi, del Sirilanka)
- ☐ Sudeste Asiático (p. ej. Camboyano, indonesio, laosiano, vietnamita)
- ☐ Asia Occidental/Medio Oriente (p. ej. Armenio, egipcio, iraní, libanes)
- ☐ Asiático (p. ej. coreano, chino, japonés)
- ☐ Negro (p. ej., de origen caribeña o africana)
- ☐ Blanco o Europeo
- ☐ Filipino
- ☐ Latino-Americano (p. ej., mexicano, sud-americano, centro-americano)
- ☐ Otro (por favor específica): _____
- ☐ Multirracial (por favor enumera todos los grupos que se aplican):

9- Muchas veces, las personas son descritas como pertenecientes a un determinado grupo cultural o étnico, (por ejemplo, chino, jamaicano, alemán, italiano, irlandés, ingles, ucraniano, inuit, indiano, judío, escocés, portugués, francés, polaco, vietnamita, libanes, etc.). A cuál de estos grupos culturales o étnicos crees que perteneces? Por favor enumera la cantidad de grupos que quieras.

Opción 2: Parte C
Por favor señala una respuesta para cada pregunta

	No	Algunas veces	Si
1. Gustabas ser igual a alguna persona?	No	Algunas veces	Si
2. Partillas/colaboras con personas a tu volta?	No	Algunas veces	Si
3. Recibir formación es importante para ti?	No	Algunas veces	Si
4. Sabes cómo comportarte (como actuar en diferentes situaciones (como en la escuela, en casa e en la iglesia)?	No	Algunas veces	Si
5. Tus padres/responsable(s) te vigilan de cerca, saben dónde estás y lo que estás haciendo la mayor parte de las veces?	No	Algunas veces	Si
6. Crees que tus padres/responsable(s) saben mucho a tu respecto (por ejemplo, quien son tus amigos, los que te gusta hacer)?	No	Algunas veces	Si
7. Existe comida suficiente en tu casa cuando tienes hambre?	No	Algunas veces	Si
8. Intentas terminar actividades que empiezas?	No	Algunas veces	Si
9. Creencias espirituales son una fuente de fuerza para ti (por ejemplo, acreditar en Dios o Alá)?	No	Algunas veces	Si
10. Tienes orgullo de tus orígenes étnicas (por ejemplo sabes de donde viene tu familia o conoces la historia de tu familia)?	No	Algunas veces	Si
11. Las personas creen/consideran que es buena compañía?	No	Algunas veces	Si
12. Hablas con tu familia de tus sentimientos (por ejemplo cuando estas magullado o triste)?	No	Algunas veces	Si
13. Cuando las cosas no corren como quieres, consigues resolverlas sin magullarse a ti propio o a otras personas, por ejemplo pegar/golpear otros o decir cosas desagradables)?	No	Algunas veces	Si
14. Sientes apoyo de tu familia?	No	Algunas veces	Si
15. Sabes donde recibir ayuda?	No	Algunas veces	Si
16. Crees que estas integrado en tu escuela?	No	Algunas veces	Si
17. Crees que tu familia se preocupa contigo en momentos difíciles (por ejemplo, cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?	No	Algunas veces	Si

	No	Algunas veces	Si
18. Crees que tus amigos se preocupan contigo en momentos difíciles (por ejemplo, cuando estás enfermo o hiciste algo errado)?	No	Algunas veces	Si
19. Eres tratado de forma/modo justo?	No	Algunas veces	Si
20. Tienes oportunidad de demostrar a los demás que estas creciendo y que consigues hacer cosas solo?	No	Algunas veces	Si
21. Conoces tus habilidades?	No	Algunas veces	Si
22. Participas en actividades religiosas (tales como ir a la iglesia, mezquita)?	No	Algunas veces	Si
23. Crees que es importante prestar apoyo a tu comunidad?	No	Algunas veces	Si
24. Te sientes seguro cuando estas con tu familia?	No	Algunas veces	Si
25. Crees que es importante aprender cosas que serán útiles cuando seas más viejo (como cocinar, trabajar y ayudar a otros)?	No	Algunas veces	Si
26. Te gusta el modo como tu familia celebra eventos (como feriados, aprendizaje sobre tu cultura)?	No	Algunas veces	Si
27. Te gusta el modo como tu comunidad celebra eventos (como feriados, festivales)?	No	Algunas veces	Si
28. Tienes orgullo en ser ciudadano de _____ (insertar país)?	No	Algunas veces	Si

1. Ungar, M., y Liebenberg, L., (2011). Assessing Resilience across Cultures Using Mixed-Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure-28. *Journal of Mixed-Methods Research*, 5(2), 126-149.
2. Liebenberg, L., Ungar, M., y Van de Vijver, F. R. R. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) Among Canadian Youth with Complex Needs. *Research on Social Work Practice*, 22(2), 219-226.

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS PARA NIÑOS (EADS-C)

Por favor, lee cada una de las afirmaciones abajo y señala con un círculo el número 0, 1, 2 ó 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a ti durante **los últimos 7 días**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplees mucho tiempo a indicar la respuesta en cada afirmación.

	No se ha aplicado a mi	Se ha aplicado a mi algunas veces	Se ha aplicado a mí muchas veces	Se ha aplicado a mí la mayor parte de las veces
1. Tuve dificultad en calmarme.	0	1	2	3
2. He notado la boca seca.	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva. Por ej., no he conseguido parar de llorar.	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar.	0	1	2	3
5. Tuve dificultad en tener iniciativa para hacer cosas. Por ej., no me apeteció ver televisión, estudiar ni jugar ordenador.	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente en determinadas situaciones. Por ej., me ha apetecido batir en un(a) colega que no se callada en clase.	0	1	2	3
7. He tenido temblores. Por ej. en las manos, piernas.	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0	1	2	3
9. He estado preocupado(a) por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo. Por ej., tener miedo, quedar muy asustada y todos mis amigos percibieren y bromearen conmigo.	0	1	2	3
10. He sentido que no tenía nada que esperar del futuro. Por ej., que nada de lo que yo soñaba se podría hacer realidad.	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado(a).	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme. Por ej. no conseguir quedar sentado(a), parado(a) o quieto(a).	0	1	2	3

	No se ha aplicado a mi	Se ha aplicado a mi algunas veces	Se ha aplicado a mí muchas veces	Se ha aplicado a mí la mayor parte de las veces
13. Me he sentido desanimado(a), malancólico(a) y triste.	0	1	2	3
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo. Por ej. quedar sin luz, no conseguir terminar un juego de ordenador, quedar irritado y rezongar.	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico, o sea tuve miedo y me quedé asustado.	0	1	2	3
16. He sido incapaz de entusiasmarme por nada. Por ej. no tuve ganas de jugar ordenador o ver televisión.	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona o sea me he sentido poco importante.	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad, por ejemplo, tuve voluntad de llorar de repente.	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico, por ejemplo aumento del ritmo cardíaco de repente.	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso, por ejemplo, he quedado con miedo sin haber pasado nada.	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido. Por ej., parece que de repente las cosas han dejado de valer la pena.	0	1	2	3



Consentimiento Informado

Estimado(a) Señor(a):

En el ámbito de la Tesis de Doctorado que realizo, designada “Estudio de la resiliencia en víctimas de violencia: Validación de la *Child and Young Resilience Measure* (CYRM)” en las poblaciones portuguesa y española”, solicito su consentimiento para participación en el estudio del menor por lo cual es responsable.

Así, solicitamos autorización para administración de los Instrumentos” Medida de Resiliencia para Niños y Jóvenes, Cuestionario de Victimización Juvenil e la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés para Niños”, alertando desde ya que los datos personales y clínicos recogidos, serán analizados de forma **confidencial y anónima**, siguiendo los principios éticos y deontológicos a que la investigadora se encuentra obligada, destinándose exclusivamente para fines científicos.

La colaboración del menor en este estudio, permitirá encontrar resultados que lleven a la comprensión del fenómeno de la violencia sobre niños y jóvenes en España, así como conocer los procesos inherentes a la resiliencia llevando a la promoción de comportamientos de resiliencia en esta población.

Declaro que acepto, en cuanto responsable del menor en cuestión, que este participe en el estudio de la responsabilidad de Marcela Vara, que desarrolla en el ámbito de la Tesis de Doctorado en Psicología Clínica, Forense y de la Salud en la Universidad Complutense de Madrid.

Más, que me han sido prestados todos los esclarecimientos que he considerado necesarios y que la investigadora se compromete a guardar estricto **anonimato y confidencialidad** de los datos recogidos durante la investigación.

_____, _____ de _____, de 2014

La Investigadora

El responsable del menor

Para cuestiones contactar: mcrvara@ucm.es

ANEXO 5

Matriz de correlaciones entre los ítems de la CYRM-28

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	1	-.019	.015	-.066	-.070	-.093	-.007	-.072	.016	-.072	-.161	-.091	-.098	-.132	-.079	-.083	-.076	-.107	-.121	-.028	-.118	-.004	-.078	-.144	-.084	-.109	-.081	-.099
2	-.019	1	.233	.199	.203	.166	.159	.141	.083	.241	.180	.192	.203	.247	.122	.170	.181	.220	.102	.179	.108	.030	.192	.083	.161	.135	.093	.053
3	.015	.233	1	.127	.201	.207	.177	.164	.110	.124	.249	.170	.145	.194	.176	.105	.187	.177	.100	.103	.077	-.018	.105	.102	.138	.087	.019	.063
4	-.066	.199	.127	1	.179	.197	.223	.126	.111	.079	.167	.080	.199	.103	.134	.093	.145	.099	.114	.066	.026	-.005	.199	.133	.115	.107	.071	.036
5	-.070	.203	.201	.179	1	.391	.170	.067	.124	.100	.139	.242	.191	.076	.219	.061	.222	.084	.077	.067	.103	.095	.181	.221	.150	.156	.143	.042
6	-.093	.166	.207	.197	.391	1	.159	.127	.134	.184	.213	.349	.177	.158	.216	.073	.180	.131	.161	.181	.138	.071	.234	.262	.122	.182	.249	.141
7	-.007	.159	.177	.223	.170	.159	1	.176	.034	.161	.154	.114	.158	.120	.133	.190	.194	.122	.100	.130	.104	.003	.147	.236	.115	.215	.100	.039
8	-.072	.141	.164	.126	.067	.127	.176	1	.079	.096	.130	.145	.131	.117	.135	.167	.020	.167	.109	.112	.225	.057	.100	.043	.154	.148	.117	.071
9	.016	.083	.110	.111	.124	.134	.034	.079	1	.116	.089	.177	.114	.075	.079	.065	.092	.048	.078	.058	.028	.562	.176	.086	.126	.061	.108	.192
10	-.072	.241	.124	.079	.100	.184	.161	.096	.116	1	.129	.180	.108	.134	.160	.158	.120	.132	.032	.155	.199	.072	.200	.194	.154	.200	.119	.198
11	-.161	.180	.249	.167	.139	.213	.154	.130	.089	.129	1	.109	.225	.376	.216	.303	.245	.386	.271	.197	.186	-.016	.158	.210	.211	.224	.194	.106
12	-.091	.192	.170	.080	.242	.349	.114	.145	.177	.180	.109	1	.189	.208	.203	.087	.257	.168	.172	.155	.190	.101	.169	.258	.149	.269	.151	.114
13	-.098	.203	.145	.199	.191	.177	.158	.131	.114	.108	.225	.189	1	.094	.184	.166	.170	.116	.198	.114	.100	.035	.214	.157	.183	.109	.077	.102
14	-.132	.247	.194	.103	.076	.158	.120	.117	.075	.134	.376	.208	.094	1	.321	.400	.290	.642	.346	.220	.173	-.012	.171	.253	.183	.241	.187	.148
15	-.079	.122	.176	.134	.219	.216	.133	.135	.079	.160	.216	.203	.184	.321	1	.264	.337	.311	.246	.284	.190	-.030	.192	.243	.322	.214	.143	.112
16	-.083	.170	.105	.093	.061	.073	.190	.167	.065	.158	.303	.087	.166	.400	.264	1	.255	.420	.328	.244	.220	.001	.168	.227	.142	.178	.168	.189
17	-.076	.181	.187	.145	.222	.180	.194	.020	.092	.120	.245	.257	.170	.290	.337	.255	1	.245	.296	.213	.168	.063	.210	.391	.277	.223	.157	.057
18	-.107	.220	.177	.099	.084	.131	.122	.167	.048	.132	.386	.168	.116	.642	.311	.420	.245	1	.379	.231	.114	.000	.169	.217	.169	.230	.247	.134

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
19	-.121	.102	.100	.114	.077	.161	.100	.109	.078	.032	.271	.172	.198	.346	.246	.328	.296	.379	1	.227	.159	.116	.183	.160	.203	.220	.195	.197
20	-.028	.179	.103	.066	.067	.181	.130	.112	.058	.155	.197	.155	.114	.220	.284	.244	.213	.231	.227	1	.183	.028	.175	.171	.286	.210	.158	.099
21	-.118	.108	.077	.026	.103	.138	.104	.225	.028	.199	.186	.190	.100	.173	.190	.220	.168	.114	.159	.183	1	.038	.101	.268	.211	.191	.151	.091
22	-.004	.030	-.018	-.005	.095	.071	.003	.057	.562	.072	-.016	.101	.035	-.012	-.030	.001	.063	.000	.116	.028	.038	1	.177	.067	.073	.009	.110	.131
23	-.078	.192	.105	.199	.181	.234	.147	.100	.176	.200	.158	.169	.214	.171	.192	.168	.210	.169	.183	.175	.101	.177	1	.282	.164	.135	.212	.153
24	-.144	.083	.102	.133	.221	.262	.236	.043	.086	.194	.210	.258	.157	.253	.243	.227	.391	.217	.160	.171	.268	.067	.282	1	.179	.314	.194	.062
25	-.084	.161	.138	.115	.150	.122	.115	.154	.126	.154	.211	.149	.183	.183	.322	.142	.277	.169	.203	.286	.211	.073	.164	.179	1	.142	.090	.005
26	-.109	.135	.087	.107	.156	.182	.215	.148	.061	.200	.224	.269	.109	.241	.214	.178	.223	.230	.220	.210	.191	.009	.135	.314	.142	1	.433	.182
27	-.081	.093	.019	.071	.143	.249	.100	.117	.108	.119	.194	.151	.077	.187	.143	.168	.157	.247	.195	.158	.151	.110	.212	.194	.090	.433	1	.237
28	-.099	.053	.063	.036	.042	.141	.039	.071	.192	.198	.106	.114	.102	.148	.112	.189	.057	.134	.197	.099	.091	.131	.153	.062	.005	.182	.237	1

